FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 15 Juillet 1909, à 1 heure

PAR

L. SIMON

DU TRAITEMENT PRÉCOCE ET RATIONNEL DE L'INFECTION PUERPÉRALE

Président : M. RIBEMONT-DESSAIGNES, *professeur.*

Juges : MM. THOINOT, *professeur.*
BALTHAZARD, *agrégé.*
BRINDEAU —

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
H. CHACORNAC et M. DOUTAUT, Éditeurs
9, rue de l'Eperon, 9

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladie des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNES

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL BEAUJON

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DOLÉRIS

CHARGÉ DE COURS CLINIQUE DE LA FACULTÉ

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL ST-ANTOINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous avons un premier devoir à remplir, celui d'acquitter, sous la forme la plus modeste quelques dettes de reconnaissance.

Que M. le Professeur Ribemont-Dessaignes, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, veuille bien recevoir ici l'expression de notre respectueuse gratitude et de nos sincères remerciements.

Que M. le Docteur Doléris, médecin-accoucheur à la Maternité de St-Antoine qui nous a donné l'idée première de cette thèse, et dont nous sommes fiers d'exposer ici les idées qu'il a eu longtemps à défendre, nous permette de lui adresser tous nos remerciements et nos

sentiments de profonde gratitude pour son enseignement si précis et si clair, pour sa bienveillance et la sympathie qu'il nous a toujours prodiguées, pour l'intérêt qu'il a pris à notre travail, en nous guidant de ses conseils éclairés.

Que nos autres Maîtres dans les hôpitaux :

M. le Docteur Chaput, chirurgien de l'hôpital Lariboisière et M. le Docteur Hirtz, médecin à l'hôpital Necker, qui dirigèrent avec patience nos premiers pas dans la carrière médicale.

M. le Docteur Routier, chirurgien de l'hôpital Necker, et M. le Docteur Bourcy, médecin de l'hôpital Laënnec, qui ont bien voulu nous accueillir avec bienveillance dans leur service, pour l'accomplissement de stages hospitaliers.

M. le Docteur Labadie-Lagrave, médecin de l'hôpital de la Charité, chez qui nous avons accompli notre première année d'externat.

M. le Docteur Potherat, chirurgien de l'hôpital Broussais, qui, en même temps que les élèments pratiques de chirurgie générale, nous enseigna les éléments principaux de chirurgie urinaire.

M. le Docteur Jacquet, médecin de l'hôpital St-Antoine, dans le service duquel nous avons étudié les maladies de peau et les maladies vénériennes.

M. le Docteur Aviragnet, médecin de l'hôpi-

tal des Enfants Malades, chez qui nous faisons actuellement un stage de maladies d'enfant.

M. le Docteur Ménard, chef du laboratoire de radiologie à l'hôpital Trousseau.

M. le Docteur Funck-Brentano, accoucheur des hôpitaux, assistant de la Maternité de St-Antoine.

M. le Docteur Dubrisay, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine.

M. le Docteur Roulland,

recoivent ici l'expression de notre reconnaissance et nos remerciements pour leur enseignement et l'intérêt tout particulier qu'ils n'ont cessé de nous porter pendant tout le cours de nos études.

INTRODUCTION

La première erreur, la plus fâcheuse et la plus préjudiciable peut-être au succès de la thérapeutique antiseptique radicale, dans l'infection puerpérale, consiste dans les atermoiements, dans les traitements insuffisants employés durant ces délais, et qui ne font que masquer les symptômes du progrès incessant de l'infection.

La deuxième, consiste à s'imaginer qu'une fois l'utérus cureté, et en apparence débarrassé de son contenu septique il suffit de se croiser les bras, de se borner aux infections antiseptiques vaginales, tandis qu'il importe de persister dans l'antisepsie utérine, et de ne l'abandonner qu'après un septenaire au moins d'apyrexie, même de recourir à un nouveau curettage, si quelque indice démontre que le premier a été incomplet ou insuffisant.

(DOLÉRIS.)

Pendant notre année externat 1908-1909, que nous avons en grande partie passée dans le service de notre maître, M. Doléris, à la Maternité de Saint-Antoine, nous avons eu pendant plu-

sieurs mois, sous la direction de M. le docteur Roulland, à nous occuper du service des infectées.

Parmi la nombreuse clientèle ouvrière de l'hôpital, composée en particulier d'éléments étrangers, chez qui souvent les notions les plus élémentaires, d'asepsie ou d'antisepsie, surtout en ce qui concerne la grossesse et l'accouchement, sont totalement inconnues, où de plus les avortements et les accouchements prématurés sont très fréquents, nous avons eu l'occasion de voir défiler un grand nombre de cas d'infection puerpérale de toutes natures et de toutes gravités ; nous avons eu souvent à appliquer le traitement précoce adopté par M. Doléris, et devant les résultats très satisfaisants obtenus, nous avons décidé de faire dans notre thèse l'exposé de sa technique et de ses indications, en nous occupant toutefois plus particulièrement des cas d'infection *post partum ;* en comparant enfin, dans une revue générale, cette méthode aux autres modes de traitement employés, nous montrerons les motifs qui nous la font préférer et nous la font considérer, comme la plus apte à une lutte efficace, contre l'extension rapide des lésions.

Nous n'insisterons pas dans cette étude sur le traitement médical, car de tous les médicaments employés contre l'infection puerpérale,

il ne reste absolument rien. Les uns comme l'opium, l'aconit, la belladone, la jusquiame, le lactucarium, le chloral, tous les antispasmodiques en général ne s'adressaient qu'au symptôme de douleur, et n'arrivaient qu'à masquer la gravité du processus infectieux, ayant de plus le grand inconvénient d'entraver les phénomènes naturels de défense de l'organisme. D'autres comme le quinquina, le sulfate de quinine, l'acide phénique, l'alcool, ne font que provoquer une excitation momentanée, au préjudice de la santé en général.

Tous ces médicameuts ne font tomber la température dans les états infectieux que parce qu'ils intoxiquent les centres nerveux. (Pouchet).

Seul, le collargol, en injection intra-veineuse, semble jouir à l'heure actuelle, d'une réputation méritée.

Mais le seul remède vraiment efficace de la septicémie puerpérale, serait celui qui détruirait dans l'organisme, le germe infectieux ou neutraliserait l'action de ses toxines. Malheureusement, nous ne le possédons pas encore, et malgré les recherches faites par Pasteur, Doléris, Widal, des différents microorganismes qui sont cause de l'infection puerpérale le sérum curatif n'est pas encore trouvé — le sérum antistreptococcique de Marmorek a, en effet, donné des

résultats encore trop incertains pour qu'on en puisse faire une méthode de traitement, efficace dans tous les cas — cela tient surtout à ce que chaque échantillon de sérum n'est spécifique que pour une variété donnée de streptocoque ; à ce que cet agent infectieux est souvent associé à un grand nombre d'autres microbes (anaerobies, bacterium coli, staphylocoque, gonocoque, etc.) sur lesquels le sérum de Marmorek n'aura évidemment aucune action.

Aussi, suivant l'expression de M le Professeur Pinard (1) à l'heure actuelle, si on a le droit d'employer le sérum antistreptococcique dont l'innocuité est établie, on a aussi le devoir de recourir au traitement intra-utérin dont l'efficacité est établie.

(1) Pinard et Wallich. Traitement de l'infection puerpérale.

HISTORIQUE

L'infection puerpérale par sa gravité particulière, par ses dangers de contagion, par la longue inefficacité des traitements employés, au temps où ses agents pathogènes, n'étaient même pas soupçonnés, où l'antisepsie et l'asepsie étaient complètement ignorés, a été un grand sujet d'étude pour les accoucheurs et les chirurgiens de toutes les époques. Mais il faut arriver à la découverte des antiseptiques, des microbes pathogènes, aux théories de Pasteur, pour voir la lutte contre l'infection des nouvelles accouchées s'engager avec succès. *Stadfeldt*, *Schröder*, *Lucas Championnière* généralisent l'antisepsie à l'obstétrique. En 1862, *Saffermann*, élève de Stolz, entrevoit l'origine microbienne de la maladie. En 1879, *Pasteur* en isole et cultive l'agent infectieux, dont l'étude sera continuée par M. *Doléris* (thèse 1880), M. *Widal* et M. *Jeannin*; en même

temps le traitement va entrer dans une voie nouvelle, et au lieu de se contenter de soigner les femmes infectées, comme des pneumoniques et des typhiques, on va s'attaquer à la source de la maladie, c'est-à-dire à la plaie utérine ; par les injections antiseptiques d'abord, puis, devant l'insuffisance fréquente de celles-ci, par la curette, l'écouvillon et les pansements antiseptiques, en débarrassant l'endomètre, des détritus septiques qu'il renferme, on arrêtera, à son début, tout danger de généralisation de l'infection.

Inauguré en 1850 par *Récamier*, le curettage, à la suite de malheurs imputables à l'ignorance obstinée de l'antisepsie ne survécut pas, en France, à son défenseur.

Mais bientôt l'idée fut reprise à l'étranger. En Amérique, en Allemagne, en particulier, ce mode de traitement, considéré en France, comme une pratique hasardeuse et barbare, sous l'impulsion de *Schenk*, *Mundé*, *Bergesio*, *Olshausen*, *Hunter*, *Léopold Meyer*, *Rabenau*, *Duhrsen*, *Ploonies*, *Hartwig*, *Allonney*. *Toé*.. , etc., prend une très grande extension. En Angleterre, *Priestley*, *Macdonald*, *Wilson*... etc. En Russie, *Chomolgorow*, *Fischer*, *Lazarewitsh*, en Danemark, *Krageland*, en Italie, *Fasola* interviennent contre la septicémie puerpérale par le curettage. En France, la méthode est reprise par M. *Doléris*, qui en publie les premiers résultats dans la thèse de *Torres Mendiola*, qui, en 1884, dépose à l'Aca-

démie de Médecine un pli cacheté sur l'écouvillonnage, qui, en mars et juillet 1886, en mars 1887, dans deux mémoires lus à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, donne les indications, et la technique du curettage *post abortum*, qui deux ans plus tard fait une nouvelle communication sur curettage *post partum*.

Ces nouvelles théories, furent d'abord l'objet d'attaques très ardentes, et de protestations énergiques de la plupart des accoucheurs de l'époque (Pajot, Budin, Auvard, Martineau..., etc.), qui se contentaient de l'expectation, et en cas d'accidents graves d'injections intra-utérines et vaginales. Mais M. Doléris continua la lutte avec confiance, consignant dans ses travaux personnels et dans ceux de ses élèves, (*Despréaux* (1888), *Boureau* (1889), *Chartier* (1889), *Misrachi*), les résultats obtenus, précisant sa technique et mettant en garde contre les insuccès, attribuables au retard dans l'application du traitement. Aussi sous l'influence des succès obtenus, l'intransigeance du début diminue peu à peu ; *Pozzi*, l'un des premiers, *Champetier de Ribes*, en 1890, le *professeur Tarnier*, en 1891, commencent à se servir de la curette.

Denis, en 1894, dans sa thèse expose les indications du traitement précoce dans l'avortement incomplet. *Marmasse*, en 1895, indique la technique du curettage pratiquée par M. Ribemont-Dessaignes, à la Maternité de Beaujon ; en 1896, MM. *Pinard* et *Wallich*, dans un important travail, font une étude

complète de la question, réservant toutefois, aux irrigations intra-utérines continues leur préférence, comme traitement précoce de l'infection puerpérale.

Depuis cette époque la question n'a cessé d'être à l'ordre du jour. Mais les discussions aux congrès internationaux de médecine, à celui de Paris en particulier (rapports de Doléris, Kronig, Menge Pestallozza), les travaux de *Chaverie* et *Baudin* (1901), *Bryers* (1) (1903), *Florenzo* (2), *Carnus*, *Fortin* (1904), *Rosthorn* (3), *Herbinet* et *Faix* (1905), *Cragin* (4) et *Casteran* (1906), *Henkel* (5), *Massicot* (1908)..., etc., les nombreuses discussions dans toutes les sociétés d'obstétrique et de gynécologie en France et à l'étranger, n'ajoutent que peu d'éléments nouveaux dans le débat. Peut-être les communications qui seront faites au prochain congrès international de médecine à Budapest, apporteront-elles des éléments plus décisifs.

A l'heure actuelle, avec quelques variantes, on peut résumer ainsi les diversions d'opinions existant sur la technique du traitement.

Certains accoucheurs recourent, comme traitement précoce, à des moyens doux (thérapeutique

(1) Bryers. – The britisch gynécologie, journal, mai 1903.

(2) Florenzo. – Gynécolegia, mai 1904.

(3) Rosthorn. – Deutche med. Wochenschaft (1905).

(4) Cragin. – American journal obstetric, juin 1906.

(5) Henkel. – Discussion au 80me congrès des naturalistes allemands· Cologne, septembre 1908.

générale, injections intra-utérines) réservant le curettage aux cas d'insuffisance de ces premières méthodes ; d'autres préfèrent, dès que les premiers signes physiques ou fonctionnels indiquent la pénétration et la prolifération des germes pathogènes dans la muqueuse utérine, adopter la méthode énergique du curettage, suivi d'écouvillonnage et de pansements intra-utérins antiseptiques (communication de M. Doléris, en 1905, à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris).

C'est l'examen de ce dernier mode de traitement, sa discussion et sa comparaison aux autres méthodes employées, dans ses résultats immédiats ou éloignés, que nous nous proposons de faire dans ce travail.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÈNIE

Pour comprendre la rationnalité du traitement de l'infection puerpérale, tel que nous l'exposerons plus loin, il nous est nécessaire d'étudier d'abord l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique de l'affection, ses modes de propagation et d'extension, son évolution, les conditions particulières qui rendent si difficiles une lutte efficace, énergique, contre le progrès de l'infection.

De son étiologie, nous devons d'abord tirer un principe fondamental, c'est que :

Ou bien l'infection vient de l'accoucheur, de l'accouchée, de son entourage ou de son fœtus (infection hétérogénétique) ;

Ou bien les accidents sont causés par les microbes que renferme un vagin insuffisamment désinfecté ou par la scepticité utérine (infection autogénétique).

Ce dernier mode d'infection a été contesté à tort

par les Allemands, au congrès de Berlin, puis au congrès de Paris, et la clinique est tenue d'admettre la réviviscence in situ, de microbes pathogènes préexistant dans le vagin (infection antérieure d'origine intestinale ou due à toute autre cause), et la possibilité de généralisation d'une telle infection après l'accouchement sans nouvel apport de microbes pathogènes de l'extérieur. Tout n'est qu'une question de proportion et d'espèce.

Si, en effet, le « scheiden-bacille » des auteurs allemands a pour fonction par ses secrétions acides, d'empêcher le développement de germes pathogènes et d'assurer une désinfection complète et permanente du col et du vagin, il n'en est pas moins vrai qu'il existe dans la grossesse des pyorhées cervicales et vaginales fort tenaces, où cultivent streptocoques et staphylacoques ; cela est dû à ce que le milieu acide du vagin, ne fait qu'annihiler leur action momentanée, en leur imposant une innocuité relative en détruisant en eux toute virulence, mais que, à supposer même que la doctrine allemande fut vraie, le sang, le sérum sanguin viennent se mélanger aux sécrétions génitales, la réaction du milieu tendra à changer et à devenir alcaline, elle formera alors aux pathogènes des sécrétions vaginales pathologiques, inertes en apparence, un excellent milieu de culture, où ils reprendront leur nocivité. Or, ces conditions se rencontrent fréquemment chez les femmes enceintes, chez les primipares en particu-

lier où le mélange de sang aux leucorrhées est précoce et abondant.

Ces germes semés alors à la surface du vagin ou infiltrés dans le chorion de la muqueuse, y détermineront de la vaginite granuleuse dans le col « qui est au trajet génital de la femme, ce qu'est l'urèthre postérieur au canal urinaire de l'homme », ils infiltreront les utricules ; grâce au ramollissement qu'il subit pendant la grossesse à la congestion passive dont il est le siège, ils détermineront des phénomènes inflammatoires latents d'aspect quelquefois bourgeonnant, fongueux, violacé, donnant naissance à un produit de sécretion glaireux, épais, jaunâtre, points de départ des phénomènes infectieux uterins après l'accouchement ; quelquefois même, sans qu'aucune modification importante, dans ces organes, ait pu y déceler leur présence, ils se révèleront brusquement au moment de l'accouchement, quand des conditions favorables de développement seront venues exalter leur virulence.

C'est qu'en effet, l'action des microbes pathogènes, du streptocoque en particulier, agent le plus fréquent de l'infection puerpérale, ne doit pas être considérée comme différente dans ces conséquences, suivant qu'ils ont comme champ d'action, la plaie utérine ou tout autre point de l'organisme.

Pour tout esprit tant soit peu philosophique, la synthèse des diverses affections d'origine streptococcique s'impose et il est nécessaire d'envisager

l'introduction dans la pathologie générale, de l'histoire clinique des streptococcies.

Entre une amygdalite sceptique qui peut donner naissance à une inflammation folliculaire momentanée, un flegmon amygdalo-paryngien, qui peut envahir toute la région cervicale, essaimer vers l'oreille moyenne, la parotide ou créer même des accidents cérébraux parfois mortels, et l'atteinte des voies génitales par la même streptocoque il n'y a qu'une question d'activité nocive du microbe, de réceptivité locale des tissus, de résistance du sujet.

Or, l'évolution du streptocope, si variable qu'elle puisse être en raison de ses différents éléments, confine comme on sait à des affections toujours sévères : lymphangite à marche rapide, érysipèle ; aussi une loi thérapeutique qui n'a jamais jusqu'ici été contestée, s'impose à l'esprit de l'accoucheur.

1° Désinfection sur place, dès son apparition du foyer initial ;

2° Préservation immédiate des tissus avoisinants ;

3° Mise en état de défense de l'organisme tout entier.

Cette hétérogénéité de l'action du streptocoque, a déjà été prouvée, en médecine générale, par *Widal et Bezançon* (1), qui ont montré que ce microbe qui normalement vit à l'état de saprophyte dans la bouche de l'homme sain, peut être rendu virulent par

(1) Widal et Bezançon. — *Bulletin de la Société Médicale des Hopitaux.* (8 mai, 1er juin, 17 juillet 1894).

des procédés faciles à mettre en œuvre (association au colibacille) et déterminer des érysipèles et des suppurations. Comment expliquer autrement la présence d'un streptocoque virulent dans l'angine de la scarlatine ? (fait d'Heubner, ayant eu un érysipèle après avoir reçu au visage des particules salivaires provenant d'un scarlatineux).

Roger (1), en montrant l'influence des modifications météoriques ou cosmiques, *Charrin* (2), en montrant celle de la fatigue et du surmenage, sur le développement de ce microbe, ont mis en évidence l'action sur son évolution de causes extrinsèques très diverses.

L'action de son association au microbe de la grippe (communication de *Laveran*, *Netter*, *Guyot*, à la société obstétricale à la suite de l'épidémie de 1889, communications de *Vaillard et Vincent* à l'Académie de médecine, 20 janvier 1890) de la diphterie « *Marfan* (3), *Roger* (4) », de la scarlatine « *Berger* (5) » de la rougeole, de la fièvre typhoïde (études de *Simonin*, *Vincent*, *Arnault* *Wassermann*), au collibacille dans la gastro-entérite des enfants « *Hutinel* (6), *Nobecourt* (7), *Thiercelin* (8) », des adultes, « *Herrensch-*

(1 et 4) Roger. — Maladies infectieuses. Tomes 1 et 2.
(2) Charrin et Roger. — Archives de médecine et de physiologie. 19 avril 1890.
(3) Marfan. — (*Soc. Méd. des Hop.* 16 juillet 1902).
(5) Berger. Thèse 1894.
(6) Hutinel. — *Semaine Médicale*. 25 janvier 1899.
(7) Nobecourt. — Thèse, Paris (1899). *Journal de physiologie et de pathologie générale*. Novembre 1899.
(8) Thiercelin. — C. r. de la *Soc. de biologie*. 15 avril 1899.

mitt (1), *Herpain* (2), » les cas fréquents d'érysipèle à l'occasion de la menstruation, chez des femmes en puissance du streptocoque, *Lermoyez*, *Dickson* (3) achèvent de montrer qu'un même streptocoque, inoffensif chez l'homme sain, peut par suite d'une défaillance de l'organisme, d'une association microbienne virulente, acquérir subitement des propriétés pathogènes dont on ne peut prévoir l'intensité.

L'observation de MM. *Œttinger et Malloizel* (4) (amygdalite gangréneuse se compliquant en quelques jours de généralisation méningée) les travaux de *Widal*, (5) *Chauffard*, (6) etc, démontrent, enfin que même dans les formes bénignes d'infection, le streptocoque, ce microbe « bon à tout faire » suivant l'expression de Peter, peut déterminer des phénomènes de septicémie foudroyants.

Aussi, dans l'infection puerpérale, d'après ce que nous connaissons, des flores microbiennes du vagin et du col, d'après ce que l'anatomie pathologique nous apprend sur les caractères de la plaie utérine, devons-nous considérer l'action du streptocoque, comme régie suivant les mêmes lois qu'en médecine générale, et si une conclusion nous

(1) Herrenschmitt. — Thèse, Paris 1900.

(2) Herpain. — Thèse, Paris 1900.

(3) Dickson. — Brit. M. J. London 1907, 791, 792.

(4) Oettinger et Malloizel. Bull et mém. de la soc. méd. des hôp. fév. 1906. p. 201 et suivantes.

(5) Widal (Traité de médecine et de thérapeutique). Brouardel et Gilbert) fascicule x (streptococcies).

(6) Chauffard. Semaine médicale. 4 juillet 1894.

est dès maintenant permise ce sera celle-ci : une grande part des infectées bénéficiera heureusement d'une action hâtive et radicale ; une autre part, plus restreinte, trouvera son salut dans l'évacuation précoce des foyers collectés, et une proportion impossible à déterminer, qui variera nécessairement avec l'intensité du génie infectieux, subira dès les premières heures, l'atteinte profonde et générale qui crée l'infection septique et qui déjoue toutes les tentatives thérapeutiques.

La conséquence la plus utile peut-être de ce rapprochement se trouve dans la prophylaxie minutieuse précédant la création de la plaie, ou l'envahissement des tissus genitaux par les microbes des premières voies.

Dans l'uterus, après l'accouchement, on peut distinguer deux zônes très distinctes.

I. Celle qui était en rapport avec les membranes, et qui est régulière, rosée, avec de petites rugosités formées par la caduque, et semée d'excoriations multiples. La partie superficielle subit la dégénérescence graisseuse et est expulsée avec l'écoulement lochial, la partie la plus profonde, formée d'après Pryer d'un tissu reticulé, contenant entre ses trabécules, une multitude de globules blancs, pénétré de cryptes tubulés ou en grappe qui s'insinuent entre les fibres musculaires et s'y terminent en culs de sac, doit être considérée comme un tissu lymphoïde plutôt que comme une muqueuse ; sujet

à des mues fréquentes, il est régénéré par les cellules des culs de sac glandulaires.

II. Celle qui était en rapport avec le placenta, saillante irrégulière, creusée de sillons et de dépressions, au niveau de laquelle il se forme des thromboses veineuses, qui oblitèrent les orifices des sinus sanguins.

Il y a donc, sur toute la surface interne de l'uterus, une vaste plaie d'aspect variable, suivant les divers points, qui met la nouvelle accouchée dans le même cas que le blessé, avec cette circonstance défavorable que cette plaie est d'une susceptibilité spéciale, et qu'elle est peu accessible aux pansements usités pour les plaies ordinaires.

Sa nature, sa situation profonde, l'impossibilité de sa détersion rapide et complète, l'hémorragie, la nature du traumatisme, le schock nerveux, l'épuisement dus au travail, joints à l'hypoglobulie et à des circonstances spéciales, tenant à d'autres modifications du sang aussi bien qu'à celles des tissus eux-mêmes (hyperglycémie, et déminéralisation due au passage du fer de l'organisme maternel, dans l'organisme fœtal) constituent déjà un premier groupe de conditions générales de prédisposition à l'infection. De plus, l'existence des matières en voie de désagrégation et de décomposition (caduque, caillots sanguins) la rétention fréquente de débris placentaires, où tout au moins membraneux, qui ajoutent encore des matériaux morts à ceux qui existent déjà dans la cavité utérine, le rôle énergi-

que des vaisseaux absorbants, qui commence après l'accouchement et d'où dépend la restitutio ad integrum de l'uterus, constituent un deuxième groupe de causes prédisposantes à l'infection.

Enfin, dans cet organe, déjà physiologiquement très exposé à l'infection, l'invasion microbienne, sera encore facilitée par la formation de plaies cervico-vagino-vulvaires, de contusions profondes des tissus mous, environnant le canal vagino-utérin, pendant l'accouchement, très difficiles par elles-mêmes à tenir aseptiques, quand une infection latente autogénétique ne les aura déjà infectées. Ces plaies, ces contusions, se présenteront avec un caractère de gravité et une différence de degré variable suivant le mécanisme de l'accouchement ou la nécessité de manœuvres opératoires.

L'étendue de ces lésions dépendra de la qualité des tissus (plus fréquentes chez les primipares aux tissus moins souples, chez les albuminuriques, dont les éléments anatomiques sont rendus moins résistants par la dyscrasie, chez les femmes à bassin rachitique chez lesquelles l'aplasie porte autant, sur les parties molles, atrophiées dans leur structure, que sur le système osseux).

De la nature où de la répétition du traumatisme (gros enfant) des interventions manuelles où opératoires (dilatation, version, forceps, basiotripsie, etc.) d'autant plus souvent que c'est l'angustie des

voies génitales et la mauvaise qualité des tissus qui sont causes de l'intervention.

Le col utérin, en particulier, est toujours plus ou moins lésé : chez la primipare, la déchirure classique se produit, à l'une et à l'autre commissure ; chez la multipare, ce sont des solutions de continuité multiples se produisant pendant les périodes d'effacement ou de dilatation et qui, étalées et flasques au moment de l'accouchement, formeront des plaies profondes et cavitaires, quand le col sera revenu sur lui-même.

Aussi, un examen attentif de ces lésions si souvent méconnues ou négligées, aura-t-il une importance capitale, dans la prophylaxie post partum, et le traitement rationnel des premiers accidents d'infection.

Voyons, maintenant que nous avons étudié, les processus d'invasion des agents pathogènes, les lésions qu'ils détermineront dans l'utérus, on peut schematiquement, dans leur étude, considérer deux périodes :

1° Une période où les lésions sont encore localisées. On trouve alors un uterus mou, dont l'involution est arrêtée. Sa cavité est tapissée de fausses membranes, grisâtres ou noirâtres (endométrite pseudo diphtérique) et remplie d'une bouillie puriforme dans laquelle nagent des débris de caduque plus ou moins volumineux. A une phase plus avancée, on peut trouver des plaques de gangrène.

Une coupe de cet uterus infecté montrera dans l'endomètre :

I. Une couche superficielle, tuméfiée, friable, sur laquelle on trouve des microbes de septicémie (streptocoque, gonocoque, etc.) associés souvent à des germes de putréfaction (anaérobies).

II. Une couche moyenne, formée de muqueuse nécrosée, en voie de dégénérescence vitreuse, trouble, dont les noyaux se colorent très mal.

III. Une couche profonde, zone d'infiltration cellulaire, ou zone de réaction, formée par des cellules embryonnaires, prenant fortement les réactifs, et qui ne sont autres que des leucocytes sortis des vaisseaux par diapédèse ; cette zone, qui est continue sur toute la surface de l'utérus, dont l'épaisseur peut atteindre jusqu'à 6 millimètres affectant les couches les plus profondes de la caduque, et les plus superficielles de la musculeuse, est toujours dépourvue de microbes, et agit en véritable barrière pour empêcher ces derniers de pénétrer dans les couches profondes (Bùmm).

Au de-là de la zone de réaction, on trouve la tunique musculaire restée saine, et toujours nettement séparée de la zone précédente, dans les cas d'endométrite bénigne.

2° Si la virulence microbienne est exaltée, si un traitement énergique ne vient pas aider aux processus de défense indiqué, nous arriverons à la période de généralisation de l'infection, due à la destruction de la couche leucocytaire de réaction,

par place d'abord, complètement plus tard ; et, par suite, à l'invasion microbienne, dans l'épaisseur du muscle utérin, et dans les thrombus des veines de l'aréa placentaire, avec enfin comme conséquences, la formation d'abcès miliaires dans l'utérus, la propagation aux organes voisins par phlébite ou lymphangite, la formation d'abcès métastatiques, l'envahissement de la séreuse péritoneale,

Dans les cas moins graves, les débris de membranes, de caduque en particulier, restant adhérents à l'utérus, y formeront une mince nappe qui finira par se fondre avec la couche basale, qui doit normalement reconstituer la muqueuse ; cette nappe diciduale poursuivra une tendance hyperplasique et constituera une surface bourgeonnante, avec tous les accidents, de ce que l'on appelle l'endométrite déciduale, quant aux débris placentaires susceptibles d'être retenus dans l'utérus, ils sont assimilables aux polypes ; corps étrangers caducs, cause de dangers, ils devront être traités comme tels.

Telles sont résumées, les principales lésions anatomiques de l'endométrite puerpérale. Mais elles se manifestent par une symptomatologie variée, dont l'ensemble est souvent peu en rapport avec leur gravité et leur étendue. Aussi devons-nous maintenant étudier rapidement les signes nous permettant un diagnostic précoce de cette infection pour pouvoir appliquer, en pleine connaissance de cause, le traitement qui guérira ces lésions, à leur début.

SIGNES ET DIAGNOSTIC

Les premiers accidents se produisent, en général, du deuxième au huitième jour qui suit l'accouchement, et le plus habituellement vers le quatrième jour. Le début est souvent marqué par un frisson. Celui-ci peut-être unique et prolongé, ou remplacé par plusieurs petits frissons répétés. En même temps on constate des modifications dans les courbes de température et de pouls, modifications très variables d'ailleurs suivant le mode d'infection, la nature ou l'abondance des lésions, la virulence de l'agent infectieux, les antécédents de la malade. Dans les formes moyennes, la température oscille entre 38 et 39,5, avec léger abaissement le matin. Le pouls bat entre 100 et 130 en rapport, en général, avec le pronostic qui peut être considéré comme bon dans les cas de peu de fréquence des pulsa-

tions ou tout de moins de parallélisme entre la marche de la température et du pouls, comme plus réservé, dans les cas d'abaissement de la température avec accélération du pouls ; l'état général est plus ou moins touché, les malades se plaignent fréquemment de céphalées intenses.

A côté de ces phénomènes généraux, divers signes locaux aideront à faire le diagnostic ; aussi chez toute nouvelle accouchée, présentant de la température, un examen vaginal et utérin soigneux et aseptique s'impose « au palper, disent Ribemont-Dessaignes et Lepage, l'utérus est douloureux, particulièrement au niveau des annexes, sur les parties latérales de l'utérus ; le toucher, si par hasard, on le pratique, montre que le vagin est chaud, que les culs de sac sont moins souples, que l'utérus est gros et douloureux ». Donc il y a arrêt de l'involution utérine, signe très important si on a su faire le diagnostic, avec une tumeur surajoutée ou une réplétion de la vessie ; l'utérus est plus mou, étalé, flasque, mal limité ; on trouve de la perméabilité du col, signe de grande valeur séméiologique d'après Budin.

Enfin, les lochies subisssent des modifications de quantité (tantôt plus abondantes, tantôt diminuées ou même supprimées : dans les cas par exemple de rétroflexion utérine, transformant le contenu du corps en vase clos) et surtout de qualité, au lieu d'être rouges, elles deviennent grisâtres, brunâtres,

marc de café ; parfois nettement puriformes elles charrient des débris de membranes ou de caillots.

Tels sont les principaux symptômes de l'endométrite puerpuérale. Voyons maintenant, les indications que nous devons en tirer au point de vue d'une intervention précoce.

La fièvre est le premier signe de l'infection dans la majorité des cas. On doit en tenir grand compte, surtout après l'accouchement qui, contrairement à l'avortement est un acte normal, ne comportant pas par lui-même de complications, lorsque la désinfection prophylactique a été instituée aussi rigoureusement que possible, mais il faut penser aussi aux diverses autres causes de fièvres susceptibles d'exister chez la nouvelle accouchée, et qui devront être éliminées tout d'abord : infections générales (pneumonie, grippe, fièvre typhoïde..., etc.), déchirure périnéale, rétention d'urine, constipation opiniâtre et surtout lymphangite mammaire.

Les lochies fétides ne sont pas fatalement le signe précurseur d'accidents sérieux, mais en règle générale, pour plus de sécurité, il n'en est pas moins obligatoire de les considérer comme un avertissement précieux et une indication d'agir immédiatement.

Donc à la première alerte, à la moindre altération des lochies, à la seule apparence de rétention de débris en voie de putréfaction, qu'il y ait ou non élévation notable de la température, pour peu que

l'altération de l'état général apparaisse, que l'appétit diminue, que la langue devienne suburrale, il faut recourir à l'examen direct de la vulve, du vagin et du col, qui montrera souvent le dévoloppement d'une zone lymphangitique, de fausses membranes, d'escharres, de tuméfaction, au niveau ou au pourtour des traumatismes obstétricaux, à l'examen bactériologique des lochies ou des sécrétions traumatiques, qui révèleront souvent à leur début le développement de colonies microbiennes pathogènes. Devant le résultat positif de ces recherches, on ne devra pas s'attarder dans l'attente de symptômes fonctionnels plus complets, mais engager la lutte par une thérapeutique énergique. Seule dans les cas très légers, une injection intra-utérine antiseptique pourra être tentée, mais il faudra, en tout cas, être prêt à intervenir plus efficacement si une amélioration complète et radicale ne survient pas rapidement.

Aussi, peut-on, comme règle générale, poser le principe suivant :

Chez toute nouvelle accouchée présentant les symptômes d'un début d'infection (température supérieure à 38 pendant plus de 24 heures, pouls accéléré, lochies fétides, utérus mou et douloureux, légère altération de l'état général), chez laquelle un examen gynécologique précoce, un examen bactériologique complet des diverses sécrétions, auront montré une prolifération microbienne dans les pre-

mières voies, on doit systématiquement et immédiatement intervenir par un traitement énergique in-utéro (curettage, écouvillonnage, suivis de pansements intra-utérins antiseptiques) tel qu'il sera étudié dans le prochain chapitre.

TECHNIQUE DU TRAITEMENT

Avant d'aborder l'étude du traitement précoce, proprement dit, nous devons d'abord dire quelques mots du *traitement prophylactique* prae ou per partum, destiné à empêcher l'éclosion des accidents, où tout au moins à en atténuer la gravité.

Nous n'insisterons pas sur les conditions d'asepsie et d'antiseptie très stricte qui devront être la règle chez l'accoucheur, chez l'accouchée et son entourage, pour ne parler que des moyens employés pour mettre la nouvelle accouchée à l'abri des dangers d'infection autogénétique toujours possibles, car c'est là un point très important de prophylaxie, trop souvent négligé. Nous ne reviendrons pas sur la pathogénie de ce genre d'infection, et nous ne ferons que rappeler que les colonies microbiennes, habitant le col et le vagin, après être restées long-

temps inertes et sans virulence, peuvent subitement au moment de l'accouchement, recouvrer leur activité ancienne et déterminer de graves accidents.

Aussi une antisepsie très stricte du col, du vagin et de la vulve, devient-elle une nécessité, dès le début du travail, surtout chez les femmes dont les antécédents sont ignorés, dont la grossesse n'a pu être suivie : c'est en se basant sur ce principe qu'on a institué, à la Maternité de Saint-Antoine, une nouvelle méthode de prophylaxie prae partum, qui semble avoir donné jusqu'à présent les meilleurs résultats.

Chez toutes les parturientes, à leur arrivée à la Maternité, de préférence chez celles dont le col est en voie d'effacement avancé où de dilatation, et dont les membranes ne sont pas encore rompues, après avoir découvert le col uterin, à l'aide de deux valves de Sims on enlève, au moyen de tampons de ouate montés sur une longue pince, à laquelle on imprime des mouvements spiroïdes, les exsudats qui remplissent le col, on en nettoie soigneusement la cavité. (Une injection antiseptique, donnée dans le col, à l'aide d'une sonde à jet multiple, sous une assez forte pression, pourrait d'ailleurs remplacer, même avec avantage, pour la détersion du col, l'emploi du tampon de ouate). Quand la cavité endocervicale est complètement débarrassée de tout résidu suspect on la badigeonne soigneusement, ainsi que la surface externe du col, à la teinture d'iode, qui, en vertu de son pouvoir antiseptique et

pénétrant, continuera l'action microbicide, jusqu'au fond des culs de sac glandulaires, et supprimera les dangers de sécrétions viciées, dont la dilatation aurait augmenté l'abondance, sans déterminer d'ailleurs de phénomènes douloureux, grâce à la tolérance parfaite de ce col même chroniquement enflammé. On emploiera la même technique pour le vagin, en remplaçant toutefois la teinture d'iode, par la glycérine iodée moins caustique. On terminera enfin par un pansement antiseptique sur la vulve.

Cette technique devra, pendant le cours de la grossesse, et en particulier aux approches du terme chez les femmes que l'on aura pu suivre, au début du travail chez celles qui sont déjà en imminence d'infection, être répétée à plusieurs reprises.

La technique du *traitement curatif* de l'infection puerpérale peut se résumer en quelques mots : curettage, couvillonnage, pansements antiseptiques intra-utérins, maintenus et répétés jusqu'à cicatrisation de la plaie utérine.

Voyons un peu plus complètement le détail de ces diverses opérations qui doivent se compléter, et n'être jamais séparées.

I. Curettage. — La curette employée est celle de M. Doléris, large curette fenêtrée, tranchante sur l'une de ses faces, à bouche arrondie, à grand rayon, dont il existe 3 modèles, dont un de petit calibre, pour pouvoir débarrasser aisément les cornes utérines des débris qui peuvent s'y trouver emprisonnés.

La malade est placée en position obstétricale, les poils du pubis sont rasés, la vulve est soigneusement savonnée, le vagin est largement irrigué à l'aide d'une solution antiseptique.

L'anesthésie générale est inutile dans la plupart des cas, l'opération est en effet si peu douloureuse, qu'il y a de nombreux exemples de curettages pratiqués, sans que les malades aient plus souffert que pour un examen ordinaire ; d'autre part, sans anesthésie, le contrôle de l'opération sera mieux assuré par la sensibilité des opérées, les craintes d'hemorragie par inertie utérine, seront écartées. Aussi, c'est seulement chez les femmes nerveuses, craintives ou très sensibles, que la chloroformisation devra être promise, si toutefois elles ne sont pas trop épuisées par des pertes de sang, trop affaiblies par l'ancienneté des lésions ou l'intensité des symptômes fonctionnels, et encore ne doit-elle jamais aller jusqu'à la narcose complète.

Après une évacuation soigneuse de la vessie (l'omission de cette précaution, en empêchant l'extension de la cloison utéro-vésicale, pouvant faciliter les erreurs dans la direction à donner aux instruments), on découvre le col au moyen de deux valves introduites dans le vagin, on place sur sa lèvre antérieure, une pince de traction tridentée, et après avoir enlevé la valve antérieure, devenue inutile, tandis qu'un aide, à travers les téguments abdominaux, comprime le fond de l'utérus, on attire

doucement le col à la vulve, en déprimant fortement le périnée, à l'aide de la valve postérieure large et pas longue (valve de Eritsch). On s'assure ensuite par un catherisme de la direction du conduit utérin, que les tractions sur le col auront d'ailleurs déjà redressé. On dilate le conduit cervical au moyen de bougies de Hegar, de telle sorte que la curette puisse pénétrer librement dans l'utérus. Il faudra au cours de l'opération, repasser de temps en temps, une bougie du plus fort calibre, le col ayant constamment tendance à se rétracter.

La curette est introduite de la main droite, suivant l'axe connu de la cavité utérine, jusqu'à ce que la main gauche, sente à travers la paroi abdo-abdominale et le fond de la matrice, le contact de l'instrument ; on racle alors méthodiquement, en allant de droite à gauche, en faisant décrire à la curette des demi-cercles qui se complètent les uns les autres, de telle sorte que toute la cavité soit abrasée jusqu'à la couche musculaire ; on ne cherchera pas à entendre, le prétendu cri utérin spécial tout au plus aux utérus scléreux, à parois fibroïdes, à certains cols parsemés de follicules miliaires kystiques ; l'instrument sera retiré à plusieurs reprises, pour recueillir les débris enlevés. Après le grattage minutieux des parois antérieures et postérieures, on pénétrera avec une curette de petit calibre dans les cornes utérines, où l'on agira suivant la même technique.

Aussitôt cette première opération terminée on écouvillonnera.

L'ÉCOUVILLONNAGE a pour but de parfaire le nettoyage de l'utérus, d'extraire les débris membraneux ayant échappé à la curette : il est, suivant l'expression de M. Doléris le coup de balai de la fin ; il permet de plus l'attouchement complet de l'endomètre par le topique avec lequel on l'empreigne ; il semble enfin qu'il stimule la muqueuse, et favorise même la réaction lucocytaire que certains craignent tant de détruire. Stérilisé, chargé d'une solution de glycérine créosotée à un dixième, l'écouvillon de calibre variable suivant les cas, est introduit par un mouvement spiroïde lent et continu ; il doit pénétrer complètement dans la cavité utérine, où on lui fait accomplir des mouvements spiroïdes en divers sens ; on le retire alors employant la même technique que pour l'introduction, on examine soigneusement les débris ramenés et, suivant le résultat de cet examen, on recommence une ou deux fois l'opération, avec des écouvillons de calibre un peu moindre, jusqu'à ce que la cavité utérine soit complètement débarrassée de tout débris suspect ; on en achève alors le nettoyage, par une INJECTION INTRA-UTÉRINE, à la température de 40 à 45 degrés composée d'une solution phéniquée à un centième, ou d'eau oxygénée au tiers et donnée à l'aide de la sonde à double courant, dilatatrice, de Doléris qui permettra le retour facile du liquide. On peut la faire

suivre d'une injection de 200 grammes environ d'alcool à 90, qui aide à l'hémostase et favorise la contraction des tissus. On aura soin avant de retirer la sonde, et après avoir arrêté l'arrivée du liquide, d'exercer des pressions en tout sens sur le fonds et le corps utérin, de manière à empêcher toute rétension du liquide dans la cavité. Au cas où après l'injection, une hémorragie serait à craindre, une piqûre d'ergotine serait indiquée. On terminera enfin par un PANSEMENT INTRA-UTÉRIN fait au moyen d'une longue mèche de gaze iodoformée, légèrement imbibée de glycérine créosotée à 5 %, mélange antiseptique diffusible et pénétrant : cette mèche introduite au moyen d'une longue pince dans l'utérus émergera, par une de ses extrémités à l'orifice externe du col ; non tassée elle formera drain. Les plaies vulvo-vaginales et cervicales si elles existent, seront pansées à l'iodoforme ; dans le vagin on placera un ou deux tampons de gaze iodoformés faiblement, tassés et secs ; la vulve sera recouverte d'une compresse aseptique.

La malade alors reportée dans son lit, devra dans les premières heures qui suivront, garder une immobilité aussi complète que possible, elle sera mise au régime lacté.

Quelquefois, cette opération est suivie de quelque frissons et d'une légère élévation de température, mais ces phénomènes seront, en général, tout à fait passagers.

Les jours suivants, le traitement devra être continué avec soin, car ce serait une grave erreur de croire que l'action du curettage seule suffit à amener une guérison radicale et rapide de toutes les lésions. Les injections antiseptiques en particulier, les badigeonnages de la cavité intra-utérine à la glycérine créosoté très étendue, devront être continués jusqu'à la chute complète et permanente de la température. En cas de lésions étendues, de suppuration abondante, il ne faudra pas craindre de recourir à un nouvel écouvillonnage, et même à un nouveau curettage, qui permettront de débarrasser l'utérus des débris nécrosés formés secondairement où ayant échappé à un premier traitement, et causes de la persistance des phénomènes infectieux.

Dans les cas aigus, où l'état général est profondément touché, il faudra associer à ce traitement local, un traitement général qui aidera à la lutte contre l'intoxication microbienne. On aura pour cela recours à la thérapeutique générale des septicemies (toniques, alcool sous forme de vins généreux, de champagne, injections intra veineuses de collargol, injections hypodermiques de sérum artificiel d'éther, de sparteïne, d'huile camphrée).

Il sera enfin prudent de suivre la malade après son complet rétablissement, de surveiller la marche de l involution utérine, de l'examiner en particulier dans le mois qui suivra, ou au moment du rétablissement des règles, période critique par excellence pour dépister et traiter à leurs débuts, une endo-

métrite chronique, une endocevicite, l'ectropion du col, les déviations où les hernies génitales, en profitant de la facilité avec laquelle se réparent les traumatismes opératoires dans la période post-puerpérale, grâce à la suractivité trophique de tous les tissus (ligaments, parois vaginale, muscles volontaires et involontaires) subissant, pendant toute la période d'involution, un processus de rajeunissement capable de leur restituer leur tonicité et leur structure physiologique. On pourra alors, par des moyens simples (emploi de pessaires, de tamponnements bien faits, de massages, d'hydrothérapie) empêcher le développement de lésions, l'accroissement de malformations à leurs débuts.

DISCUSSION DU TRAITEMENT

Voyons maintenant les objections que l'on a faites à ce mode de traitement et comparons en l'action et les résultats, à ceux des autres méthodes employées.

On a fait au curettage de nombreux reproches ; on a d'abord dit qu'il exposait à la perforation de la matrice, le tissu utérin étant dans la puerpéralité d'une grande friabilité, n'ayant ni la résistance, ni la consistance qu'il a, par exemple, dans l'endométrite chronique ; cette perforation, malgré les expériences blâmables de Hœning, Rebl, Brukesard, ne sera pas à notre avis indifférente, mais ce sera un accident rare, que saura éviter un observateur prudent sachant se guider sur les sensations fournies par la main qui tient l'instrument, agissant avec douceur.

D'après certains auteurs allemands, Mme Van

Trussenbraeck en particulier, le curettage, provoquerait souvent des paralysies utérines, pouvant faire croire à une perforation.

« L'utérus, dit-elle, est alors comparable à un grand sac mou, large, dont les parois reculent devant la curette. Attend-on un instant, alors, on sent une paroi plus ferme sous la curette, et en grattant prudemment, on sent que le tonus revient peu à peu. » Il arrive en effet quelquefois, au cours d'un curettage, que l'instrument qui ne pénétrait au début, qu'à 8 ou 9 centimètres, pénètre au bout de quelques secondes, à 10 ou 12 centimètres. On s'arrête alors, indécis, effrayé, croyant avoir perforé l'utérus. Ce relâchement musculaire, qui d'après Mme Van Trussenbraeck, devrait être considéré comme un phénomène d'inhibition nerveuse, dont le point de départ serait la surface profonde de l'utérus, nous semble plutôt dû à l'allongement de l'utérus par refoulement de la paroi mollasse, lorsque l'écoulement sanguin qui augmentait la distension des parois, peut s'accomplir sans difficulté.

En tout cas, c'est un phénomène passager, mais qu'il faut cependant bien connaître, pour éviter de fâcheuses méprises.

On a prétendu aussi, que le curettage pouvait produire de la reinfection, la curette après avoir enlevé la partie malade de la muqueuse, passant sur la partie saine de la muqueuse, chargée de microbes, et ouvrant des portes d'entrée aux germes pathogènes, en détruisant, par exemple, les

embolus formés sur les vaisseaux. Mais il ne faut pas oublier, qu'une puissante antisepsie permanente, protégera la surface utérine nettoyée, si quelques débris septique a pu échapper par mégarde, qu'elle atteindra, pour les détruire, les pathogènes profondément situés.

« Il m'importe peu, dit M. Doléris, d'ouvrir les vaisseaux, si je porte immédiatement à leur contact, les agents protecteurs antiseptiques et si, en même temps, je désobstrue leur orifice bouché par les coaqula septiques. Je fais mieux, car je facilite l'issue de leur contenu, et de leur détersion. »

En identifiant l'action de la curette sur les muqueuses, en général, et sur la muqueuse utérine, on a fait de l'emploi de cet instrument, une cause fréquente de stérilité ; mais, comme l'a montré M. Pozzi, cette muqueuse jouit d'un pouvoir de régénération spéciale, mis en évidence, par ce qui se passe dans la menstruation et la grossesse, où elle subit une mue presque complète, et une régénération consécutive. Or, le curettage n'a d'autre action que de provoquer artificiellement, dans un but thérapeutique, une mue de ce genre, de substituer une nouvelle muqueuse régénérée dans un milieu antiseptique, à une membrane infectée, ayant subi des modifications profondes, et dont la régénération serait des plus longues et des plus pénibles. Après le curettage, pas plus qu'après l'accouchement, ou après l'avortement, la fécondité n'est donc compromise. Cela pouvait se prévoir à priori, et les nombreuses

observations de *Schöder*, *Duvélius*, *Bénicke*, *Heinricius*... etc, ont mis hors de doute, ce fait important. Sur 52 malades traitées par ce dernier auteur sur lesquelles il a pu se procurer des renseignements par la suite, 16, soit 30/100, sont devenues enceintes. Il note seulement un léger retard, dans le rétablissement de la menstruation.

Patru dans une communication à la société médicale de Genève, dit que sur 134 curettages pratiqués par lui sans accidents (ce qui prouve l'innocuité de l'opération) il a eu à revoir 88 de ses opérées pour des grossesses.

On a, enfin, reproché au curettage d'agir en aveugle et d'être souvent insuffisant. On lui a opposé, à ce propos, le CURAGE DIGITAL, qui permettrait de se rendre plus exactement compte de ce que l'on fait, de la profondeur où l'on est dans l'endomètre, du moment où l'on arrive sur la couche musculaire.

Mais à côté de ces légers avantages, discutables d'ailleurs, que d'inconvénients.

C'est d'abord l'anesthésie générale à peu près nécessaire. C'est la maladresse des doigts, chaque main ne pouvant bien gratter que la moitié correspondante de l'utérus.

C'est la fatigue rapide des doigts, gênés dans leurs mouvements, qui empêche le nettoyage à fond des cornes utérines en particulier et une appréciation exacte du travail accompli.

Avec la curette, au contraire, on évolue plus faci-

lement dans toutes les directions, on agit plus profondément et sur une plus grande surface, et on diminue ainsi de beaucoup la durée de l'opération, les souffrances de la malade.

Enfin, il est d'autres considérations encore plus sérieuses en faveur de l'évacuation instrumentale, ce sont les risques d inoculations possibles pour le médecin qui ne pourra faire le curage digital qu'à mains nues, ce sont les risques de transport de germe infectieux à d'autres malades, car quel est le chirurgien qui peut rester trois ou quatre jours sans examiner des malades, sans faire des pansements ?

Toutefois, il faut bien se souvenir, que le curettage et l'écouvillonnage n'ont d'action souveraine que dans les accidents limité du début et que leur efficacité s'amoindrit au fur et à mesure que les lésions s'étendent de l'utérus aux organes profonds que l'instrument ne saurait atteindre. De plus, il est des cas d'infection suraïgue, à forme rapidement extensive, qui empoisonnent et sidèrent les malades si rapidement qu'aucune intervention ne saurait être utile ou dans lesquels un organisme cachectisé, un terrain déchu, sont impropres à lutter contre l'infection.

D'autre part, dans les cas où la bénignité relative de l'infection a permis à la malade de lutter avantageusement contre l'extension des lésions, nous croyons que le curettage et l'écouvillonnage, même employés tardivement, s'ils n'amènent pas la céda-

tion rapide et complète des phénomènes morbides, comme dans le traitement précoce, ne sont pas la source d'accidents que semblent craindre quelques accoucheurs ; ils seront, surtout employés avec prudence, un excellent moyen de contrôle de la nature et de la gravité des lésions, quand les malades se présentent à un stade lointain du début de l'infection.

Dans les cas de généralisation de l'infection, au contraire, si les lésions ont gagné les annexes, le paramétrium, un nettoyage intempestif risquera d'amener un redoublement du mal, de provoquer de nouvelles poussées infectieuses. Aussi dans ces cas y a-t-il plutôt indication à aider à la lutte du terrain contre l'infection et à soutenir l'organisme dans sa défense. C'est à un autre genre d'intervention qu'on devra alors avoir recours, en particulier à la colpotomie, c'est-à-dire à l'ouverture de foyers pelviens septiques formant des kystes suppurés limités aux douglas et aux annexes, à la laparatomie d'attente dans la période d'infection aiguë quand celle-ci progressant menace d'envahir le péritoine tout entier, au point de rendre impraticable toute intervention directe à l hystérectomie..., etc... Mais c'est là le traitement d'accidents en général tardifs des suites de couches dont le diagnostic est souvent plus facile qui, en tout cas, n'imposent que rarement l'intervention urgente des accidents du début.

A côté du traitement que nous avons exposé, d'autres méthodes ont été proposées, en particulier

celle des INJECTIONS INTRA-UTÉRINES préconisées par M. le Professeur Pinard, injections simples employées à titre prophylactique après les opérations obstétricales intra-utérines, dans les cas de rupture précoce ou prématurée des membranes, dans les accouchements de fœtus morts, dans les cas de déchirance incomplète, dans les avortements ; injections continues chez les femmes en imminence d'infection, où présentant au début d'infection, le curettage étant réservé aux cas rebelles à cette méthode. Nous n'insisterons pas sur la technique longuement décrite dans le travail de MM. Pinard et Wallich, sur « *le traitement de l'infection puerpérale* », nous ne ferons qu'en discuter les indications. Comme le curettage, les injections intra-utérines ont été accusées de nombreux méfaits, en particulier de déterminer des phénomènes d'inhibition, des syncopes, des morts subites, par action réflexe sur le pneumo gastrique, par pénétration de liquide dans le péritoine par les trompes, de sang par les sinus veineux. Mais, ces accidents, de même que ceux de perforation utérine par la sonde, ne sont heureusement que des exceptions. Ce qui, à plus juste titre, nous semble devoir être leur reproché, c'est l'insuffisance de leur action. Combien difficilement et combien lentement, en effet, l'injection arrivera à assainir toute l'épaisseur de la muqueuse infectée, car si l'antiseptique, même faible, est nuisible aux bactéries, il l'est d'avantage encore aux délicates cellules de nos tissus. Mais il y a plus

encore. Le liquide peut n'avoir pas d'action nocive, il n'en est pas moins vrai que par simple distension et cette distension existe toujours malgré un bon écoulement dans un utérus flaccide, comme sont ceux des infectées, il peut produire des craquelures dans la couche de défense leucocytaire.

Le résultat des autopsies montre d'ailleurs l'insuffisance de l'injection intra-utérine dans son rôle de balayage des mucosités adhérentes, et à plus forte raison des débris de membranes et des lambeaux de caduque. On y trouve en effet, la cavité intra-utérine, tantôt tapissée d'une matière putrilagineuse semblable à de la boue splénique, tantôt baignée dans des liquides épais, sanieux, purulents, disséminés ou collectés dans les infractuosités de la muqueuse, quelquefois répandant une odeur fétide de putréfaction. Il est alors évident que non seulement les injections antiseptiques n'ont pas pu entraîner au dehors tous ces détritus mais qu'elles ont été impuissantes à empêcher la décomposition du contenu utérin (surtout en ce qui concerne la forme diphtéroïde).

Une dernière objection enfin à faire aux injections intra-utérines continues, c'est qu'elles nécessitent un dispositif assez compliqué, une surveillance longue et continue, facile peut être dans un service hospitalier, mais présentant de nombreuses difficultés dans la clientèle de ville, où le médecin, doit toujours savoir, dans la mesure du possible intervenir, rapidement, sûrement et utilement.

Dans sa communication à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris en 1905, M. Doléris disait : « On n'ignore pas que le lavage utérin bien fait et répété peut avoir quelquefois raison d'une infection initiale, mais quelle garantie, quelle sécurité incertaine si on compare cette pratique à l'autre (curettage). J'ai fait la cruelle expérience qu'il y a à se fier à une thérapeutique superficielle, car enfin il m'est arrivé quelquefois de me demander si mes opinions, si logiques qu'elles soient, n'étaient pas trop absolues, et je me suis, dans quelques circonstances, imposé l'obligation de tenter une nouvelle expérience. Renonçant au curettage, dans les cas qui me paraissaient bénins, dont j'avais surveillé le début, pour lesquels j'étais nanti de la certitude qu'aucun débris de placenta ou de caduque ne restait dans l'utérus, après avoir soigneusement examiné la vulve, le vagin, indemnes, je me suis contenté de lavages antiseptiques. J'ai eu des succès cela est vrai, mais j'ai eu aussi à déplorer des terminaisons fatales ; dans d'autres circonstances, il m'est arrivé que dans mon service, en mon absence, on ait attendu 2 ou trois jours avant d'appliquer la méthode intégrale de traitement, et j'ai relevé des cas de mort. Je ne parle pas des cas plus nombreux, où des lésions pelviennes de longues durées, ont été la conséquence d'un curettage retardé. Si rares qu'aient été ces résultats malheureux, ils eussent été évités, si la règle avait été rigoureusement suivie, j'en suis persuadé. »

Si donc, comme résumé de cette discussion, nous considérons l'épaisseur et l'adhérence des tissus infectés, nous voyons que souvent il y a impossibilité de déterger une semblable plaie à l'aide de lavages utérins, si fréquents et si antiseptiques soient-ils. Aussi l'ignorance du degré positif de la lésion, de ses caractères, la considération de la plaie utérine à surface d'absorption très grande, la crainte de graves complications par propagation de l'infection aux organes voisins nous font en quelque sorte une loi de mettre en œuvre le maximum des moyens dont nous disposons. Temporiser par de petits moyens quand on sait qu'on a le remède sous la main, c est agir, suivant l'expression de M. Doléris, comme le pompier au feu, qui attendrait pour faire manœuvrer sa machine prête à fonctionner, que l'incendie ait bien ouvertement montré qu'il va dévorer toute la maison.

« Dans les services hospitaliers (I) en effet, les femmes arrivent souvent, infectées dans des conditions tellement imprécises, qu'on ne sait ni comment, ni depuis quand, ni pour qu'elle cause, la septicitée est apparue, la thérapeutique antiseptique intra-utérine, apparaît pour celle-ci, comme une nécessité rationnelle, et le curettage s'impose, comme le seul moyen d'évacuer les débris du caduque, les fragments placentaires putréfiés, s'il en existe, ce que l'on ignore toujours. Pour les femmes qu'on a pu

(I) Doléris : comm. à la soc, de gyn. Obs. et péd. (1905).

suivre, même indication, car il a suffi de comparer la plaie utérine, à une plaie chirurgicale quelconque, pour en déduire des conséquences identiques au point de vue de l'infection. Même localisation primitive en un point de la surface cruentée, mêmes lois d'extension, d'abord aux environs de la plaie, puis à distance, mêmes procédés d'infection métastatique, de toxémie générale. Pour la femme accouchée, c'est autour du point infesté, une lymphangite, une phlébite locale, c'est-à-dire, utérine, c'est plus tard une phébite extra-utérine dans le péritoine, le paramétrium, les annexes, c'est le phlegmon, c'est le pus. Mais, avant que le phlegmon, et la suppuration apparaissent, nous savons que les lésions de surface sont tout ou à peu près tout, et que sevrer l'organisme de tout germe pathogène, est l'unique moyen de prévenir les désordres ultérieurs, l'indication est donc d'agir vite. »

STATISTIQUE DE LA MORBIDITÉ ET DE LA MORTALITÉ, PAR INFECTION, A LA MATERNITÉ DE L'HOPITAL ST-ANTOINE. ANNÉE 1908. RÉSULTATS DU TRAITEMENT.

ORGANISATION DU SERVICE DES INFECTÉS

Un service d'isolement, pour les femmes infectées, a été créé par M. Doléris, à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine, quand en décembre 1907, il en prit la direction.

Les locaux, tout à fait séparés des salles de consultation, des salles d'accouchées normales, de la salle de travail et de la salle d'opération comprennent 3 pièces.

Une grande salle (salle Mauriceau) comprenant 12 lits, 15 au maximum.

Une annexe comprenant 3 lits.

Une salle de pansements, avec table d'examen, appareils pour la stérilisation de l'eau et des instruments.

Le personnel comprend :

1 assistant fixe, M. le Dr Roulland, chargé uniquement de ce service.

1 externe.

2 stagiaires.

1 infirmière-panseuse.

1 fille de salle.

1 garçon pour transporter les malades à la salle de pansement.

1 sage-femme pour le contrôle.

Les principes généraux de l'isolement sont les suivants :

A. Y sont conduites immédiatement et d'office :

1° Toute femme accouchée, ayant présenté de la température, attribuable à l'infection avant l'accouchement.

2° Au moment de l'accouchement, toute femme présentant de la température.

3° Toute femme, au cours d'un avortement, présentant de la température.

4° Les accouchées de la ville (venant de chez une sage-femme agréée où de chez elles) présentant des signes d'infection.

B. L'interne, les externes, les stagiaires ne pénètrent pas à l'isolement, et réciproquement il est défendu au personnel de l'isolement de pénétrer dans les autres salles du service, il y a visite d'un des chefs de service, après visite des autres salles, sur requête de l'assistant septique.

STATISTIQUE

Il y a eu en 1908, 1207 entrées pour accouchements ; 417, pour avortements faits dans le service, sans compter un certain nombre d'entrées ayant eu lieu post partum, pour suites de couches pathologiques dont nous parlerons plus loin.

Morbidité par infection, 191.

Mortalité par infection, 6.

Infectiées morbides a) prae partum, 12.

Observation I. VII pare. — Pleurésie à 22 ans. Accouchement spontané à terme, sommet avec procidence d'un bras. Délivrance naturelle; le 2 février 1908. Avant l'accouchement T : (1) 38, après T : 38.4. Le 3 février. *Ecouvillonnage, injections et pansements* intra-utérins répétés les jours suivants.

La malade sort sur sa demande le 22 février. T : 38.

Observation. II — Etrangère, accouchée le 31 janvier d'un fœtus mort et macéré au terme de 7 mois. Antécédents syphilitiques. Délivrance artificielle et incomplète. A son entrée T : 37.4.

1er février, température 38. *Curettage, écouvillonnage,* injections et pansements intra-utérins répétés pendant plusieurs jours ; la température tombe les jours suivants.

14 février, la malade sort guérie.

Observation III. III pare. — Accouchement spontané au terme de 6 mois 1/2. Enfant mort et macéré (cause ?). Délivrance naturelle, rétention de chorion et de caduque.

8 mars, T : 36,3. 11 mars, T : 38,2. Une *injection intra-utérine* la fait baisser ; les jours suivants, injections et pansements intra-utérins. T : normale. Le 23 mars la malade sort guérie.

Observation IV. II pare. — A son arrivée T = 37,4. Accouchement à terme, forceps pour bassin retréci. Enfant vivant, délivrance naturelle (26 mai).

27 T : 38 (matin) 38,7 (soir) P : 110. Passée salle Mauriceau.

(1) T : température ; P : pouls.

28 mai, *traitement* (on retire des débris membraneux) (1 Injection. Pansements intra-utérins répétés les jours suivants. La température tombe progressivement.

7 juin, la malade sort en bon état.

Observation V. II pare. — A son arrivée T : 37,2. Accouchement spontané au terme de 7 mois, d'un enfant mort et macéré (cause ?). Délivrance naturelle, membranes complètes (14 août).

16 août, T : 39,3, *traitement* (débris placentaires et membraneux, les jours suivants injections et pansements intra-utérins.

17 août, température normale.

24 août, la malade part, sur sa demande, sans température.

Observation VI. II pare. — Rupture prématurée des membranes (4 août). Température à l'arrivée : 37,7. Accouchement par application de forceps. Déchirure périneale. Hémorragie abondante après la délivrance (placenta expulsé aussitôt après la sortie de l'enfant) ; enfant vivant : (5 août).

6 août, T : 38,2.

7 août, T : 39,8. Injection intra-utérine.

8 août, T : 40. *Traitement* (débris membraneux).

Injections et pansements intra-utérins répétés les jours suivants.

10 août, incision d'un thrombus de la vulve. T : 40,2. Injection.

---

(1) Traitement (.....) c'est-à-dire curettage et écouvillonnage ramenant (.....) injection intra-utérine, badigeonnage de cavité intra-utérine à la glycérine créosotée à 5/100. Tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée, légèrement imbibée de glycérine créosotée étendue. Pansement des plaies cervicales et vaginales si elles existent.

14 août, la température commence à se rapprocher de 38.

16 août, nouvelle élévation thermique due à une lymphangite fessière (enveloppements humides).

A partir du 26 août, la température se maintient au dessous de 38.

5 septembre, la malade sort complètement rétablie.

Observation VII. V pare. — A l'arrivée, T. 39,2. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant. Délivrance artificielle. Membranes déchirées (31 juillet). Après l'expulsion du fœtus, hémorragie abondante.

1er Août, T : 38,6. *Traitement* (débris mmebraneux). Les jours suivants, injections et pansement intra-utérins.

Jusqu'au 14 août, oscillations de température entre 37 et 38,5.

24 août, la malade sort sur sa demande sans température.

Observation VIII. I pare. — Tuberculeuse ; à l'arrivée (17 août) T : 38,4, rupture prématurée des membranes 17 août). Accouchement gemellaire au terme de 8 mois (1° sommet (forceps) II siège (version) enfants vivants. Délivrance naturelle (18 août).

21 août, T : 38. Injection intra-utérine.

22 août, T. 38,4. *Traitement* (débris de caduque épaissie.

Les jours suivants, injections et pansements intra-utérins. La température, après avoir baissé. remonte progressivement. Le 29 août, la malade est passée en médecine (tuberculose pulmonaire).

Observation IX. IV pare. — A l'arrivée, T : 38,4. Rupture prématurée des membranes, accouchement spontané, au terme de 8 mois, d'un enfant mort quelques instants après sa naissance. Délivrance naturelle (rétention de caduque, 26 août).

Le même jour passée salle Mauriceau. *Traitement* (débris membraneux) injections et pansements intra-utérins répétés les jours suivants.

31 août, T : normale.

6 septembre, la malade sort guérie.

Observation X. II pare. — Vient d'un service de médecine tuberculose. A son entrée, T : 38. Le 5 août, accouchement spontané à terme, d'un enfant vivant. Délivrance naturelle, après l'accouchement T : 37,4.

6 août, *traitement* (débris membraneux).

8 août, T : normale.

13 août, la malade sort guérie.

Observation XI. III pare. — Température à l'entrée : 37,3. Albumine au début de sa grosesse. Accouchement spontané au terme de 8 mois, enfant mort-né, macéré. Délivrance naturelle, membranes incomplètes (28 octobre).

29 octobre, T : 37,8. Pouls : 92. Lochies fétides. *Traitement*. Les jours suivants, température au-dessous de 38.

Le 5 novembre, la malade sort guérie.

Observation XII. II pare. — Convalescente de bronchite I. A l'entrée, 39,2. Accouchement au terme de 6 mois d'un enfant mort et macéré ; rupture prématurée des membranes. Délivrance naturelle (rétention de toutes les membranes). Col déchiqueté (19 novembre).

20 novembre. *Traitement* (extraction de membranes très fétides), les jours suivants injections et pansements intra-utérins.

22 novembre. Température normale.

27 novembre. Nouvelle poussée thermique (syncope en donnant une injection intra-utérine) qui baisse rapidement les jours suivants.

8 décembre la malade sort rétablie.

B) PER PARTUM : 13

OBSERVATION I. IV pare. — Accouchement spontané à terme d'un enfant vivant. Délivrance naturelle (rétention de caduque) 15 janvier.

16 janvier. T : 37,1. *Ecouvillonnage* ramenant des débris de caduque.

18 janvier. T : 39,8 injections et pansements intra-utérins répétés les jours suivants. La température baisse progressivement.

La malade sort, le 1er février, guérie.

OBSERVATION II. I pare. — Accouchement gémellaire au terme de 8 mois 1/2 (siège et épaule), enfants vivants. Délivrance naturelle (30 janvier).

1er février (soir). T : 38,2. P : 108. *Traitement.* Injections et pansements intra-utérins répétés les jours suivants.

2 février. T : 37,7.

6 février. T : 40, cédant à une injection intra-utérine.

12 février. La malade sort guérie.

OBSERVATION III. II pare. — Accouchement spontané à terme le 1er février. Enfant vivant. Délivrance naturelle. Membranes déchirées.

2 Février. T : 39,4. *Traitement* (débris de membranes) ; les jours suivants injections et pansements intra-utérins. La température tombe progressivement.

10 février. La malade sort guérie.

OBSERVATION IV. — Malade entrée dans le service le 25 février pour albuminurie.

Le 15 juin accouchement spontané à terme. Grossesse gémellaire. I sommet (forceps). II siège (version). Enfants

vivants. Délivrance naturelle. Légère rétention de caduque.

16 juin. T : 39. *Traitement.* Les jours suivants injections et pansements intra-utérins. La température tombe.

30 juin. La malade sort guérie.

Observation V. I pare. — Le 26 mars, accouchement gémellaire au terme de 7 mois (1er enfant : vivant, 2e : mort). Délivrance naturelle. Le soir, T : 39, cédant à une injection intra-utérine.

30 mars. Deuxième poussée, T : 40. *Traitement* (débris placentaires putréfiés, d'odeur nauséabonde). Pansement intra-utérin.

1er avril. Troisième poussée. T : 40. Injection intra-utérine.

2 avril. *Nouveau curettage* ramenant encore des débris putréfiés. Drainage intra-utérin.

4 avril. T : normale.

10 avril. La malade sort sur sa demande (lésions des annexes).

Observation VI. I pare. — Le 6 avril, accouchement spontané au terme de 7 mois. Enfant vivant. Délivrance naturelle.

7 avril. T : 38,8. Lochies fétides. Injection intra-utérine.

8 avril. T : 38,6. Injection intra-utérine.

9 avril. T : 37,8. *Traitement* (débris membraneux et placentaires).

10 avril. Température normale.

18 avril. La malade sort guérie.

Observation VII. II pare. — Le 26 mai, accouchement à terme d'un enfant vivant. Forceps pour bassin rétréci. Délivrance naturelle.

27 mai. T : 38 le matin, 38,7 le soir. P : 110. Passée salle Mauriceau.

28 mai. *Traitement* (débris membraneux).

Les jours suivants injections et pansements intra-utérins. La température tombe progressivement.

7 juin. La malade part en bon état.

Observation VIII. II pare. — Un avortement antérieur. Hydramnios (1.100 gr. de liquide). Le 8 mai accouchement spontané au terme de 8 mois. Enfant débile. Hémorragie. Délivrance artificielle.

Après l'accouchement, T. 38,2. *Traitement* (rétention de membranes) les jours suivants, injections et pansement intra-utérins, la température continuant à monter : drainage.

28 mai, température normale.

30 mai, légère élévation thermique, due à la formation d'un abcès dans la lèvre antérieure du col.

14 juin, la malade sort complètement guérie.

Observation IX. I pare. — Syphilitique. — Le 26 mai, accouchement spontané à terme, d'un enfant vivant, délivrance naturelle.

27. T : 38, matin, 39, soir.

28, T : 39,4, injection intra-utérine, passée à l'isolement.

29, *Traitement* débris membraneux très adhérents. Pansement d'érosions superficielles du col, et d'ulcérations vaginales. Les jours suivants, oscillations de température entre 38 et 39.

3 juin, poussée passagère de température à 39,2.

6 juin, la malade sort sur sa demande, température normale.

Observation X. I pare. — rupture prématurée des

membranes. Basiotripsie pour bassin coxalgique. Délivrance naturelle, (21 juin), le même soir. T : 40.

22 juin, T : 38. *Traitement*, (débris de membranes) les jours suivants, injections intra-utérines, pansements utérins et cervicaux. Oscillations thermiques, entre 38 et 39.

24 juin, frisson, T : 39,4. P : 108. rachialgie, on trouve une plaque de sphacèle sur le col, de la lymphangite des seins.

6 juillet, T. normale.

13, juillet, la malade sort guérie.

Observation XI. III pare. — Le 6 juin, accouchement spontané, à terme, fille vivante, délivrance naturelle, précédée d'une abondante hémorragie. Temp. : 38,8. les jours suivants oscillations ne cédant pas aux injections.

9 juin, *traitement* (nombreux débris membraneux) les jours suivants, injections et pansements intra-utérins ; la température tombe.

11 juin, nouvelle poussée thermique (40) avec frissons : cède à un drainage.

17 juin, la malade sort sur sa demande, sans température.

Observation XII. V pare. — Le 6 juillet, accouchement gémellaire (2 sommets) à terme, enfants vivants, délivrance naturelle, T : 38,2. P : 120.

8 juillet, T : 38. Injection intra-utérine.

10 juillet, *traitement*. Les jours suivants, injections et pansements intra-utérins. T. oscillant entre 37,5 et 38,5.

15 juillet, T. normal.

23 juillet, la malade sort guérie.

Observation XIII. I pare. — anémique. Accouchement spontané, au terme de 7 mois. Enfant mort-né. Délivrance

naturelle, (6 octobre). Les jours suivants, T. : 37, 4. Lochies fétides. Injections intra-utérines.

11 octobre, T. : 38. *Traitement*, (débris de membranes).

14 octobre, T. : normale.

24 octobre, la malade sort guérie

C) POST PARTUM : 41

OBSERVATION N° 1. I pare. — Le 24 décembre 1907, accouchement spontané, à terme, d'une fillette vivante. Délivrance naturelle. Retention partielle du caduque.

26 décembre, T. : 38,2. Pouls 96.

27 décembre, *traitement*. Les jours suivants, injections intra-utérines, la température baisse progressivement.

4 janvier 1908, la malade sort guérie.

OBSERVATION II. I pare. — Le 8 janvier, accouchement spontané, au terme de 8 mois. Enfant vivant, délivrance naturelle. Pendant la grossesse, la malade a eu d'abondantes pertes blanches, et de la cystite (pollakiurie, douleurs à la fin de la miction).

7 janvier, T. : 38,2. P. 60. Injection intra-utérine.

9 janvier, T. : 37,3. Frissons. Passage salle Mauriceau.

10 janvier, T. : 40. *Traitement*.

12 janvier, T. : 38, elle baisse les jours suivants (injections et pansements intra-utérins).

15 janvier, la malade sort guérie.

OBSERVATION III. II. pare. Le 18 janvier, accouchement spontané au terme de 8 mois 1/2. Garçon vivant, délivrance naturelle (rétention de caduque).

Le 24 janvier (soir) T : 37,7 passée salle Mauriceau.

Le 26 janvier (matin) T : 38,4. *Traitement*, (débris de

membranes et caillots en voie d'organisation). Les jours suivants injections et pansements intra-utérins. Dès le lendemain T : 37. 1er février le malade sort guérie.

Observation IV. VI pare. Pertes blanches depuis 2 ans. Le 16 janvier, accouchement spontané au terme de 7 mois. Enfant débile qui meurt quelques instants après sa naissance.

20 janvier, T : 37,6. *Traitement* (caillots noirâtres et débris membraneux). Les jours suivants injections et pansements intra utérins. Dès le lendemain la température tombe.

27 janvier, la malade sort guérie.

Observation V. IV pare. (1 enfant à terme mort à l'âge de 2 mois, 2 accouchements prématurés avec enfants morts nés). Le 16 janvier accouchement au terme de 8 mois d'un enfant mort et macéré présentant de l'ascite. Délivrance naturelle. Gros placenta. Rétention d'une partie de la caduque.

22 janvier. T : 37,6

23 janvier. T : 39,6. *Traitement* (débris de caduque fétides). Le soir la température tombe.

31 janvier, la malade sort guérie.

Observation VI. I pare. albuminurique. Le 1er février, accouchement spontané à terme d'un enfant vivant. Délivrance naturelle, 5 février, T : 38. P : 100. Céphalée. *Traitement*, la température monte les jours suivants.

7 février, T : 40. On découvre une ulcération du col (pansement), la température redescend alors progressivement, après une nouvelle poussée thermique, le 11 février au soir. T : 40,3

18 février, la malade sort guérie.

Observation VII. I pare. éclamptique. Le 28 février, accouchement spontané à terme, délivrance naturelle, légère déchirure périnéale.

29 février, T : 38. P : 84.

2 mars, T : 38,2. P : 88. *Traitement*, caillots en voie d'organisation. Les jours suivants injections et pansements intra-utérins. La température tombe progressivement.

16 mars, la malade sort guérie.

Observation VIII I pare. Le 4 février, accouchement spontané, à terme. Enfant vivant. Délivrance naturelle. Rétention de caduque, température normale jusqu'au 9 février. T : 38,8, lochies fétides. *Traitement*, débris membraneux putréfiés. Les jours suivants, injections et pansements intra-utérins.

10. T : 40, mais redescend progressivement les jours suivants.

13. La malade sort sur sa demande, en voie de guérison.

Observation IX. I pare. Insertion basse du placenta ; le 7 février, accouchement spontané au terme de 8 mois 1/2. Enfant vivant. Délivrance naturelle.

Le 9, brusque poussée de température à 40,1. *Traitement*, débris de caillots organisés. Les jours suivants injections et pansements intra-utérins. La température tombe. Normale le 12.

17 février, la malade sort sur sa demande, en voie de guérison.

Observation X. II pare. Le 20 février, accouchement au terme de 7 mois. Enfant vivant. Délivrance naturelle, (rétention de caduque).

21, T : 37,8 (matin) 39,6 (soir). *Traitement*, injections et

pansements, continués les jours suivants.

Après quelques oscillations, à partir du 28, température normale.

8 mars, la malade sort guérie.

Observation XI. — 4 grossesses et une fausse couche antérieure. Le 11 mars, accouchement spontané à terme d'un enfant vivant. Délivrance normale.

Le 12 (soir), T : 37,6. Cède à une injection intra-utérine.

Le 14, T : 38,2. Injection intra-utérine.

Le 16, T : 39,6. Injection intra-utérine.

17 mars. T : 39,6. *Traitement* (caillots et débris de membranes épaissies, fétides. Les jours suivants injections et pansements intra-utérins.

18 mars. T : 38.

20 mars. T : normale.

23 mars. La malade sort guérie.

Observation XII. I pare. — Le 19 mars, accouchement spontané au terme de 8 mois 1/2. Enfant vivant. Délivrance naturelle. Le travail a duré 2 jours. Albumine dans les urines.

23 mars. (Soir) T. 38. Lochies légèrement fétides. Injection intra-utérine. La température cède momentanément.

24 mars. T : 37,8. P. 96. *Traitement* (débris placentaires abondants). Les jours suivants injections et pansements intra-utérins. Les lochies sont toujours fétides. T. aux environs de 38.

27 mars. T : normale.

4 avril. La malade sort guérie.

Observation XIII. pare. — Le 8 avril. Accouchement spontané à terme d'un enfant vivant. Hemorragie. Délivrance artificielle.

10 avril. T : 38,2. Lochies légèrement fétides. Injection intra-utérine.

11 avril. *Traitement* (débris membraneux). Les jours suivants, injections et pansements intra-utérins. Utérus mou. T : aux environs de 38,5.

A partir du 17 avril. T : normale.

24 avril. La malade sort guerie.

Observation XIV. I pare. — Le 20 avril. Accouchement spontané, à terme, enfant vivant. Délivrance naturelle. Envoyée, 48 heures après son accouchement, chez une femme agréée, où elle a des lochies fétides et de la température. Ramenée à la maternité le 25. T : 38,4.

Le 26 avril. *Traitement*. Débris de membranes en voie de putréfaction. Les jours suivants pansements intra-utérins.

A partir du 28, la température reste normale.

3 mai. La malade sort sur sa demande sans température.

Observation XV. — Le 24 mars, accouchement à terme. Application de forceps. Enfant vivant. Légère déchirure de la fourchette. Délivrance artificielle incomplète.

28 mars. T : 37,6. Lochies fétides. Injection intra-utérine.

29 mars. T : 37,8. Injection intra-utérine.

30 mars. *Traitement*. Répété les jours suivants. Oscillations aux environs de 38, jusqu'au 9 avril où la température redevient normale et s'y maintient.

14 avril. La malade sort guérie.

Observation XVI. I pare. — Fibrome utérin sous péritoneal. 2 avril, accouchement spontané, à terme d'un enfant vivant. Délivrance naturelle.

7 avril. T. : 37,8. P. 90. Injection intra-utérine.

8 avril. T : 39,2. *Traitement.* (Débris membraneux), pansements sur une déchirure périnéale, (mélange d'iodoforme et de dermatol).

10 avril. T : Normale.

15 avril. La malade sort guérie.

Observation XVII. III. pare. Le 17 avril. Accouchement spontané, à terme, enfant vivant. Délivrance naturelle. Membranes déchirées. Albumine dans les urines. Les jours qui suivent l'accouchement. T. entre 37.6 et et 38.

22 avril, entre salle Moriceau. Lochies fétides et abondant, drain.

23 avril. T : 39,2 *Traitement.* (Gros caillot non fétide). Les jours suivants, injections et pansements intra-utérins. La température tombe.

4 mai. La malade sort guérie.

Observation XVIII. II. pare. — Albuminurique. Le 8 juillet, accouchement spontané, à terme, enfant vivant. Délivrance naturelle (rétention partielle de caduque).

11 juillet. T : 38,7 P. 100. *Traitement.* (Débris placentaires). Les jours suivants, température due à une annexite gauche.

22 juillet. T : normale.

30 juillet, la malade sort guérie.

Observation XVIX. IV. pare. — Le 7 juillet, accouchement gémellaire (sommet et siège), au terme de 8 mois. Délivrance naturelle. Enfants vivants.

14 juillet. T : 37,4 (matin), 38,4 (soir). Lochies fétides. Injection intra-utérine.

15 juillet. T : 38. *Traitement* : injections et pansements intra-utérins répétés les jours suivants

17 juillet. Température normale.

22 juillet. Nouvelle poussée thermique cédant à un drainage de l'utérus.

3 août. La malade sort guérie.

Observation XX. I pare. — Accouchement spontané à terme. Enfant vivant. Délivrance naturelle le 2 août.

3 août (soir). T. : 39,6. La malade est passée salle Mauriceau.

4 août. T. : 40. *Traitement* (débris de caduque). Les jours suivants injections et pansements intra-utérins. Température entre 38 et 39, due à une abondante suppuration de l'endomètre.

10 août. Température normale.

15 août. La malade sort guérie.

Observation XXI. I pare. — Le 10 août, accouchement à terme d'un enfant vivant. Application de forceps à la vulve. Délivrance naturelle. Légère déchirure périnéale.

11 août. T : 38,2. Lochies fétides. Injection intra-utérine.

14 août. T : 39,7. *Traitement* (débris placentaires et membraneux). Injections et pansements répétés les jours suivants.

20 août. Température normale.

27 août. La malade sort complètement rétablie.

Observation XXII. — Le 20 août, accouchement spontané au terme de 8 mois. Enfant vivant. Délivrance naturelle. Rupture prématurée des membranes.

25 août. T : 38,8. Passée salle Mauriceau. Injection intra-utérine.

26 août. *Traitement* (on ne retire presque rien). Injections et pansements intra-utérins répétés les jours suivants.

31 août. Température normale.

11 septembre. La malade sort guérie.

Observation XXIII. III pare. — 30 août, rupture prématurée des membranes.

31 août. Accouchement spontané au terme de 7 mois. Enfant vivant. Délivrance naturelle. Rétention de chorion et de caduque.

4 septembre. T : 38,6. La malade expulse un cotylédon placentaire gros comme une noix et des débris membraneux. *Traitement* : Injections et pansements intra-utérins répétés les jours suivants.

6 septembre. Température normale.

7 septembre. T. 38. *Traitement* (on ne retire rien). Injections et pansements intra-utérins répétés les jours suivants. La température ne dépasse pas 38.

18 septembre. La malade sort rétablie.

Observation XXV. — Le 2 septembre accouchement spontané, à terme, enfant vivant. Délivrance naturelle précédée d'une hémorragie abondante.

4 septembre, T : 38. *Traitement* (on ne retire rien) injections et pansements répétés les jours suivants. La température ne dépasse pas 38.

10 septembre, T : 37,7, la malade sort sur sa demande.

Observation XXVI. — Le 13 septembre. accouchement spontané à terme, enfant vivant. Délivrance naturelle (membranes très déchirées).

17 septembre, T : 38. Injection intra-utérine.

18 septembre, T : 38. *Traitement*. Injections et pansements répétés les jours suivants. Du 18 au 23, grandes oscillations de température.

23 septembre, T : normale.

10 octobre, la malade sort guérie.

Observation XXVII. VII pare. — Le 13 septembre, accouchement spontané à terme, délivrance naturelle.

28 septembre, T : 37,8. Injection intra-utérine.

29 suptembre, T : 38. Passage salle Mauriceau. *Traitement* (débris membraneux) les jours suivants, injections et pansements intra-utérins. T : entre 37,5 et 38,5.

3 octobre, passage en médecine pour lésions pulmonaires.

Observation XXVIII. VI pare. — Le 15 semptembre, accouchement spontané à terme, enfant vivant. Délivrance naturelle.

17 octobre, T : 38,1. *Traitement.*

23, T. : 39,6 due à la rétention de pus dans l'utérus (drainage). Les jours suivants, grandes oscillations, entre 38 et 40. Injections et pansements intra-utérins. Signes d'annexite double.

17 octobre, la malade sort sans température.

Observation XXIX. — Le 3 octobre, accouchement spontané, à terme, enfant vivant, délivrance naturelle.

7. T. : 37,4. Lochies fétides, injections répétées les jours suivants.

11. T. : 38,4. passage salle Mauriceau, *traitement*, (membranes fétides, en grande quantité); la température, après être montée le lendemain à 40 (rétention de pus en utéro : drainage) descend progressivement les jours suivants.

23 octobre, la malade sort guérie.

Observation XXX. — Le 6 octobre, accouchement à ter-

me, après application de ballon dilatateur, enfant mort-né, délivrance naturelle, (rétention de caduque et de chorion.)

8, T. : 37,2. Lochies fétides. Injection intra-utérine.

13, T. : 41. *Traitement* (caduque épaissie).

14, T. normale. Les jours suivants, légères oscillations thermiques.

25, La malade sort, rétablie.

Observation XXXI. — Le 27 octobre, accouchement spontané, au terme de 8 mois, enfant vivant, délivrance naturelle (membranes friables et incomplètes).

28. T. : 38,2. P. 104. Injections intra-utérines.

31. T. : 39-2. Passée, salle Mauriceau.

1er Novembre, *traitement* (débris placentaires).

6. T. normale.

10. nouvelle poussée de température (annnexite double).

11. La malade quitte l'hôpital, rétablie.

Observation XXXII. I pare. — Le 28 octobre, accouchement spontané, à terme, enfant mort-né, macéré (cause ?), délivrance naturelle (membranes friables et déchirées).

31 octobre, T. : 37,8. Injection intra-utérine.

2 novembre, T. : 38,2. Abondante suppuration in utéro. passage salle Mauriceau. *Traitement.*

6. Part sur sa demande, sans température.

Observation XXXIII. Le 8 novembre, accouchement à terme. Application de forceps, enfant vivant, délivrance naturelle.

10 novembre, T : 38,7. Passage Salle Mauriceau. *Traitement* (débris de caduque). Badigeonnage intra-utérin au collargol à 1 cinquantième.

12. T. : 38. Injections intra-utérines. A partir du 18, nou-

velles oscillations thermiques, dues à la rétention du pus in utéro. Drainage.

2 décembre, T. normale.

12, la malade sort guérie.

Observation XXXIV. I pare — Utérus bicorne. Le 23 novembre, accouchement au terme de 8 mois. Siège décomplèté, mode des fesses. Procidence d'un bras. Enfant vivant. Délivrance naturelle, (rétention de membranes).

26 Novembre, T. : 39. P. 104. Injection intra-utérine.

27. T. : 40. *Traitement*, (débris placentaire).

2 décembre, T. normale.

11, la malade sort guérie.

Observation XXXV. II pare. — Utérus cordiforme. Le 29 novembre, accouchement spontané au terme de 7 mois 1/2. Siège décomplété, mode des fesses. Enfant vivant. Délivrance naturelle (membranes très déchirées). Les jours suivants T. : entre 37 et 37,4.

Le 3, *traitement*, (on ne retire presque rien). Injections et pansements intra-utérins, les jours suivants.

8. T. normale.

13, la malade sort guérie.

Observation XXXVI. I pare. — Vaginite granuleuse. Le 5 décembre, accouchement à terme, après application d'un ballon dilatateur. Fille vivante. Délivrance naturelle.

9 décembre, T. : 39. Passage salle Mauriceau, *traitement* (débris placentaires). Les jours suivants, injections et pansements intra-utérins.

14. T. normale. 24 décembre, la malade sort guérie.

Observations XXXVII. Le 16 décembre, accouchement

spontané, à terme, fille vivante, délivrance naturelle (rétention placentaire et membraneuse).

18. T : 39,9. Passée salle Mauriceau. *Traitement*. Les jours suivants, injections et pansements intra-utérins. La température baisse progressivement ; le 24, elle est normale.

31 décembre, la malade sort guérie.

Observation XXXVIII. II pare. Le 24 décembre, accouchement spontané, au terme de 8 mois 1/2. Enfant vivant. Délivrance naturelle.

28 décembre, T : 37,4. Pertes jaunes, non fétides.

29, T : 38,3. Injection intra-utérine.

30, T : 40,1. *Traitement*, (débris placentaires et membraneux).

1er janvier 1909, T : 38. Les jours suivants injections et pansements intra-utérins. Grandes oscillations, entre 37 et 39, dues à une suppuration intra-utérine abondante.

15 janvier, La malade sort, sur sa demande, utérus encore gros. T : 37.

Observation XXXIX. II pare. Le 25 décembre, accouchement spontané, à terme. Fille vivante. Délivrance naturelle.

29 décembre, T : 37,4. Injection intra-utérine.

31 décembre, T : 38-8. P : 116. Passée salle Mauriceau. *Traitement*, (débris de membranes), les jours suivants, injections et pansements intra-utérins.

5 janvier, T. Normale.

12 janvier, la malade sort guérie.

Observations XXXX et XXXXI. Très incomplètes. Les malades sortent en voie de guérison.

Pendant l'année 1908. 1.559 femmes ont été accouchées chez les sages-femmes agréées de la Maternité, 19 d'entre elles ont été admises dans le service de l'isolement pour infection. 17 femmes accouchées a domicile sont entrées au service de l'isolement pour infection. Total : 36.

Observation I. Malade accouchée le 1er janvier, dans le service de M. le Dr Hayem (albuminurique), placenta découronné. Elle est passée le même jour salle Mauriceau à son entrée. T : 37,4.

3 janvier, *ecouvillonnage*, pour rétention de membranes.

5 janvier, T. normale ; part, sur sa demande, en bon état.

Observation. II. I pare. Ramenée de chez une sage-femme agréée le 13 avril. Elle est accouchée et présente de la fièvre depuis plusieurs jours. A son arrivée, T : 40. Lochtes fétides.

14 avril, *traitement* (débris placentaires dans la corne utérine gauche).

16 avril, injections et pansements intra-utérins. T : 40, due à une lymphangite du sein gauche. Les jours suivants, oscillations thermiques.

29 avril, incision d'un abcès du sein.

3 mai, la malade part chez elle, sur sa demande, avec un autre abcès en voie d'évolution.

Observation III. Malade ramenée de chez une sage-femme agréée. Accouchée à terme d'un enfant vivant le 20 mars, et présentant depuis plusieurs jours de la température ; à son entrée (25 mars), T : 37,9. *Traitement* (débris

membraneux et placentaires putréfiés) inejction intra-utérine d'alcool à 90°, drainage.

26 mars, T : 40. Les mèches retirées sont sales et fétides. Injection intra-utérine qui fait baisser la température.

29 mars, T : 39,4. Injection de sérum iodé, continuée les jours suivants, injections et pansements intra-utérins ; T. baisse progressivement.

12 avril, T. normale.

15 avril, la malade sort (annexite droite).

Observation IV. I pare. Le 21 mai, accouchement normal à terme chez une sage-femme agréée. Délivrance naturelle, début de la fièvre le 22 mai, lochies fétides. La température cède à une injection intra-utérine faite par la sage-femme.

24 mai, nouvelle poussée de température (37,8), la malade est ramenée à l'hôpital, *écouvillonnage* qui ne ramène presque rien, pansements du col et du périnée, qui sont déchirés. Les jours suivants, pansements utérins, cervicaux et périneaux.

26 mai, poussée thermique à 40,1. Injection intra-utérine, les jours suivants oscillations aux environs de 39.

7 juin, T. normale.

13 juin, sortie de la malade, état général bon.

Observation V. II. pare. — Le 1er juin, accouchement spontané, à terme, d'une fille vivante chez une sage-femme agréée ; délivrance naturelle. 4 juin (soir), début de la fièvre précédée de frissons. Injection intra-utérine qui ramène quelques caillots.

6 juin. Nouveau frisson. La malade est amenée à l'Hopi-

tal. T : 40,8. P. 132. Bien frappé. Utérus empâté à droite et douloureux.

Traitement. (Débris membraneux), drainage.

8 juin. T : 38. Injections et pansements intra-utérins, continués les jours suivants. Après quelques ocillations T. normale le 15.

26 juin. La malade sort guérie.

Observation VI. II. pare. — Le 18 juin, accouchement normal. Délivrance naturelle chez une sage-femme agréée. Enfant vivant.

Début de la température le même jour. Augmentation les jours suivants, malgré des injections intra-utérines répétées.

22 juin. Entre à l'hopital. T : 39,9. *Traitement.* (Débris de membranes et nombreux caillots). Pansement cervical (érosions). Les jours suivants, injections et pansements intra-utérins. La température se maintient au voisinage de 40. (col gros) violacé, recouvert de fausses membranes).

27 juin. T : normale.

31 juin. La malade sort sur sa demande sans température.

Observation. VII. V pare. — (Varices des membres inférieurs). Le 15 juin, accouchement spontané, chez une sage-femme agréée. Hémorragie abondante. Délivrance naturelle.

Le même jour, entre à l'hôpital. Lochies fétides. Utérus gros et douloureux. Pas de température. *Traitement*, débris placentaires très adhérents. Les jours suivants, injections et pansements intra-utérins, température normale.

27 juin, la malade sort guérie.

Observation VIII. — Le 23 juillet, accouchement spontané, à terme, chez une sage-femme agréée. Délivrance naturelle.

Le même jour. entrée à l'hôpital. T : 38. Lochies fétides. *Traitement*, (débris placentaires et membraneux).

24 juillet. T : normale.

28 juillet. T : 38: (Ecoulement purulent d'origine intra-utérine). Nouvel *écouvillonnage* qui ramène les débris membraneux. Draînage, injections et pansements intra-utérins, répétés les jours suivants.

11 août. La malade sort sur sa demande, avec encore un peu de température.

Observation IX. I. pare. — Le 12 août, accouchement spontané, au terme de 8 mois, chez une sage-femme agréée enfant vivant. Délivrance naturelle.

16 août, entre salle Mauriceau. T : 40,4. *Traitement.* (débris placentaires), injections et pansements intra-utérins, répétés les jours suivants ; après quelques oscillations entre 39 et 40 la température se maintient au-dessous de 38, à partir du 25 août.

5 août. La malade sort sur sa demande. Bon état général. T : 37,2.

Observation X. I. pare. — Le 28 septembre, accouchement spontané, en terme de 8 mois, chez une sage-femme agréée. Délivrance naturelle.

7 octobre, entre à l'hôpital. T : 40,2. Lochies fétides. Début de l'infection (?) *Traitement.*

8 octobre. T : 37,5.

12 octobre. La malade sort guérie.

Observation XI. I. pare.— Le 23 octobre, accouchement spontané à terme, chez une sage-femme agréée. Délivrance naturelle. Enfant vivant.

28 octobre. Amenée à l'hopital. T : 40,4. P. 120. Lochies fétides. Utérus mou. *Traïtement.* (on ne retire rien). Délire. Les jours suivants, injections et pansements intra-ntérins. T : entre 39 et 40.

8 novembre. Début d'une phlegmatia alba dolens, de la jambe gauche.

24 novembre. T : normale.

13 décembre. La malade sort guérie.

Observation XII. III. pare. — Le 12 novembre. Accouchement spontané, à terme, enfant vivant. Délivrance naturelle, chez une sage-femme agréée.

19 novembre. Entre à l'hôpital, T : 38,2.

20 novembre. T : 39,1. *Traitement* : les jours suivants grandes oscillations thermiques entre 38,5 et 40. Abondante suppuration intra-utérine. Drainage.

29 novembre. Température normale.

7 décembre. La malade sort guérie.

Observation XIII. I pare. — Le 16 novembre accouchement et délivrance en ville par une sage-femme agréée, enfant vivant.

21 novembre. T : 38,3. Entre salle Mauriceau. *Traitement.*

25 novembre. Température normale. Les jours suivants poussées de température dues à la formation d'un abcès du sein droit.

29 novembre. Incision de l'abcès.

14 décembre. La malade sort complètement rétablie.

Observation XIV. — Le 6 décembre, accouchement et délivrance chez une sage-femme agréée. Entre à l'hôpital le 11 décembre. T : 38,8. *Traitement* (débris placentaires). Accidents cérébraux (manie puerpérale).

14 décembre. T : 39,7. Grande agitation de la malade. Suppuration endométrique abondante. Drainage.

17 décembre. L'état est redevenu normal. T : 37,5.

20 décembre. Température normale.

30 décembre. La malade sort sur sa demande sans température.

Observation XV. — Le 4 décembre accouchement spontané à terme, fille vivante, par une sage-femme agréée.

14 décembre. Entrée à l'hôpital. T : 39,8. *Traitement*. Les jours suivants, grandes oscillations dues à une suppuration intra-utérine très abondante. Injections. Drainage.

28 décembre. Température normale.

1er janvier 1909. La malade sort sur sa demande sans température.

Observation XVI. — Le 13 décembre, accouchement et délivrance faits dans le service. Enfant vivant. Puis aussitôt après, envoyée chez une sage-femme agréée (encombrement du service), elle en revient le 18. T : 37,4. *Traitement* (débris de caduque fétides). Les jours suivants grandes oscillations dues au développement d'un foyer de congestion pulmonaire.

29 décembre, T : normale.

4 janvier, la malade sort guérie.

Observation XVII. I pare. — Le 17 décembre, accouchement spontané, au terme de 7 mois 1/2, chez une sage-femme agréée, enfant vivant. délivrance naturelle.

Le 23 décembre, entre salle Mauriceau. T : 38'8.

Le 24 décembre, T : 40. P : 132. *Traitement*, (débris membraneux fétides, débris placentaires sclérosés). Les jours suivants, injections et pansements intra-utérins. Oscillations thermiques entre 39 et 41 dues à une suppuration intra-utérine abondante.

31 décembre, T. normale.

11 janvier, la malade sort guérie.

Observations XVIII et XIX. — Trop incomplètes pour être publiées. Les malades sortent, l'une guérie, l'autre en voie de guérison.

Observation XX. — Malade accouchée à domicile le 14 janvier, enfant vivant, délivrance naturelle. Dès le lendemain, fièvre, céphalée, enfant ayant de l'ophtalmie purulente.

Le 20 avril, entre salle Mauriceau. T : 38,9, ventre un peu tendu, mais non sensible. Lochies normales. Petites déchirures vulvo-périneales et cervicales traitées à l'iodoforme et à la glycérine créosotée. *Traitement.*

Le 23 avril, sort sur sa demande. T : 38,4.

Observation XXI. IX pare. — (3 enfants morts) accouchée et délivrée en ville le 9 mai, enfant vivant.

18 mai, début du frisson et de la fièvre.

14 mai, entre à l'hôpital. T : 38. Utérus volumineux, lochies fétides. Injections intra-utérines, répétées le lendemain. T : 37.8.

16 mai, T : 38,5. *Traitement* (débris membraneux fétides) pansements du col ulcéré, drainage utérin. Les jours suivants, injections et pansements intra-utérins. La température tombe progressivement.

2 juin, T : normale.

8 juin, la malade part, sur sa demande, au moment d'une poussée de température, attribuée à une constipation opiniâtre.

Observation XXII. I pare. — Le 8 juin, accouchée et délivrée chez elle, enfant vivant.

18 juin, entre salle Mauriceau. T : 38,3. Injection intra-utérine.

13 juin, T : 39. *Traitement*, débris placentaires. Les jours suivants, injections et pansements intra-utérins. La température baisse progressivement malgré une lymphangite des seins.

17 juin, T : normale.

30 juin. La malade sort de l'hôpital.

Observation XXIII. I. pare. — Le 27 mai, accouchement normal à terme, fille vivante. Délivrance naturelle.

3 juin. Début de la fièvre, entre à l'hôpital, T : 38,6. Les jours suivants, oscillations de la température aux environs de 38. Injections.

7 juin. *Traitement.* La température baisse le lendemain, mais remonte les jours suivants (congestion pulmonaire).

16 juin. La malade est passée en médecine.

Observation XXIV. — Accouchement spontané, fait au domicile le 3 juillet (présentation de la face). fille vivante. Délivrance artificielle, faite à son arrivée à l'hopital le même jour, elle a été précédée d'une hemorragie abondante, pouls à 160. 1.400 grammes de sérum. Huile camphrée.

5 juillet. T : 38,8. P. 121. *Traitement.* (Débris placentaires). Glace sur le ventre. Les jours suivants injections et

pansements intra-utérins. Oscillations thermiques entre 38 et 39. Ecoulement purulent abondant. Draînage, pansement cervical (érosions); à partir du 12 juillet. T : se maintient au dessous de 38.

24 juillet. La malade sort rétablie.

Observation XXV. — Accouchement spontané fait en ville le 28 juin. Délivrance naturelle. Le 30 juin T : 38.6, entre salle Mauriceau.

31 juin T : 38,2. *Traitement.* La température monte le lendemain à 39, mais cède à un draînage (écoulement abondant du liquide séro-purulent.)

5 juillet. Température normale.

8 juillet. On retire le drain.

19 juillet. La malade sort complètement rétablie.

Observation XXVI. I pare. — Accouchée et délivrée en ville le 15 août (forceps).

22 août. Entrée à l'hôpital. T : 39,2. *Traitement* (débris placentaires, muqueuse épaissie, pus). Les jours suivants injections et pansements intra-utérins. Oscillations thermiques entre 38,5 et 40. Développement d'une phlegmatia alba dolens de la jambe gauche.

30 août. T : au-dessous de 39. Elle s'y maintient les jours suivants.

20 septembre. La malade sort guérie.

Observation XXVII. 1 pare. — Accouchement et délivrance faits en ville. Enfant vivant. Délivrance incomplète. La malade entre le 8 septembre. Température normale. Le lendemain, T : 38. *Traitement.* Les jours suivants injections intra-utérines. Oscillations thermiques.

15 octobre. La malade sort sur sa demande présentant encore un peu de température.

Observation XXVIII. — Accouchement et délivrance faits au domicile le 15 septembre. Entrée à l'hôpital le 22. présentant de la température depuis 2 ou 3 jours. A son arrivée, T. 40. *Traitement* (débris membraneux). Jusqu'au 8 octobre injections et pansements intra-utérins. La température, après avoir subi de grandes oscillations, devient normale.

24 octobre. La malade sort guérie.

Observation XXIX. — Accouchement spontané au terme de 7 mois. Enfant mort-né. Délivrance naturelle. Faits en ville le 25 octobre.

Entrée à l'hôpital le 28 octobre. T : 39,4. P : 120. *Traitement* (débris membraneux).

30 octobre. Température normale.

2 novembre. La malade part, sur sa demande, sans température.

Observation XXX. I pare. — Accouchée et délivrée chez elle le 30 novembre. Enfant vivant. Déchirure périnéale.

Entrée à l'hôpital le 2 décembre. T : 37.6. Injection intra-utérine.

3 décembre. T : 38. *Traitement*. Débris membraneux.

Après quelques poussées passagères, la température reste normale à partir du 18 décembre.

24 décembre. La malade sort guérie.

Observation XXXI. — Le 9 novembre accouchement et délivrance en ville. Enfant vivant.

Le 12 novembre entrée salle Mauriceau. T : 40. *Traitement.* Les jours suivants injections et pansements intra-utérins. Grandes oscillations thermiques (tuberculose pulmonaire).

30 décembre. Passage dans un service de médecine.

Observation XXXII. — Le 20 novembre, accouchement en ville. Délivrance artificielle. Enfant vivant.

Le 24 novembre, entrée à l'hôpital. T : 38,4.

25 novembre. T : 39,1. P : 140. *Traitement.* Débris placentaires. Débris de membranes adhérents et d'odeur forte. Les jours suivants injections et pansements intra-utérins. Grandes oscillations de température.

29 novembre. Température normale.

3 décembre. La malade sort, sur sa demande, sans température.

Observation XXXIII. — Le 16 novembre accouchement et délivrance en ville. Enfant vivant.

Entrée à l'hôpital le 28 novembre, parce qu'elle perd du sang (caillots) et souffre dans le ventre. T : 37,1. *Traitement* (caillots noirs anciens auxquels adhèrent des débris de membranes). Les jours suivants injections et pansements intra-utérins. Grandes oscillations de température attribuables surtout à une angine.

6 décembre. Température normale.

11 décembre. La malade sort guérie.

Observations XXXIV, XXXV et XXXVI. — Très incomplètes. Malades accouchées depuis plusieurs jours, présentant de la température à leur entrée. *Traitement* : suivi d'injections et pansements intra-utérins. Les malades sortent, au bout d'un temps plus ou moins long, guéries ou en voie de guérison.

La plupart de ces avortements, de cause le plus souvent indéterminable, ont eu lieu entre la 6e semaine et le 4e mois de la grossesse. Dans 39 cas, le temps unique, ou les 2 temps de l'avortement avaient eu lieu avant l'entrée à l'hôpital, dans 17 cas l'embryon avait été expulsé avant l'arrivée et les malades entraient avec retention plus ou moins complète du délivre. Dans 27 cas, l'avortement n'était qu'amorcé, mais l'état général, les hémorragies répétées, la température, imposaient l'avortement provoqué brusqué.

Le traitement intégral de ces cas d'infection post abortum, diffère de celui des cas d'infection post portum, en ce que la présence d'un œuf complet, où de débris placentaires volumineux et adhérents nécessite, préalablement à l'emploi de la curette, celui d'une pince fenêtrée spéciale qui, guidée par l'index gauche, ira extraire les fragments adhérents à l'uterus, et sera retirée en lui imprimant un mouvement de vrille; l'extrémité mousse d'une des tranches de cette pince pourra servir au décollement d un placenta très adhérent. Pour le reste du traitement, même technique que précédemment. Dans tous les cas, le traitement est appliqué, aussitôt après l'entrée à l'hôpital.

Dans 6 cas d'avortements faits en ville, les malades n'ont pas présenté de température, mais simple-

ment des lochies fétides : formes bénignes qui ont toujours rapidement cédé au traitement, et dues le plus souvent à la rétention de petits débris placentaires ou membraneux.

Sur les 39 cas d'avortements terminés à l'arrivée dans le service, les accidents étaient en général dus à la rétention de fragments placentaires adhérents, résultats d'une délivrance incomplète ; le traitement, dans 12 cas, a amené une cédation immédiate, complète et permanente de tous les phénomènes infectieux. Dans 18 cas, la chute de la température s'est effectuée progressivement en 4 ou 5 jours. Dans 9 cas enfin, le traitement a été suivi de nouvelles poussées thermiques. « Dans un cas (obs. 17) tare congénitale. Incontinence d'urine étant jeune. Dans 3 cas, développement consécutif d'annexites (obs. 20, 33 et 79). Dans les 5 autres cas, pas de température élevée. »

Sur les 17 cas d'avortement, dont le 1er temps a été effectué en ville, dans 5 cas, la température tombe dès le lendemain, dans 6 cas elle tombe dans les 4 jours qui suivent, dans 6 cas enfin, elle persiste plus longtemps, (dans 1 cas (ob. 26) développement d'une annexite), dans tous les autres cas, la température n'a jamais dépassé 39 et est redevenue normale, avant le 10e jour qui a suivi le traitement.

Enfin les 27 cas d'avortement, effectués après l'entrée à l'hôpital, l'état général n'a permis que 3 ou 4 fois l'application d'un traitement palliatif (lave-

ments laudanisés), dans les autres cas on s'est trouvé dans la nécessité de provoquer l'avortement. Dans 10 cas, la température était normale dès le lendemain. Dans 14 cas, elle l'était dans les 4 jours qui suivirent l'application du traitement. Dans 3 cas, la cédation des phénomènes infectieux est plus longue (obs. 2 : fétidité de l'œuf lors de son extraction, T. normale le 7e jour).

Observation XXIII. Fœtus macéré, T. normale le 12e jour.

Observation XXXIV. Oscillations entre 38 et 39 pendant 16 jours, injections intra-utérines, pansements intra-utérins à la glycérine créosotée.

DÉCÈS PAR INFECTIONS

6, dont 1 post partum et 5 post abortum

Observation I. I pare. Le 30 septembre, accouchement spontané, à terme, (face) fille vivante, délivrance artificielle nécessitée par une hémorragie abondante, placenta fétide, membranes très déchirées (sérum et grand lavage intra-utérin) 3 points de sutures et pansement à une déchirure périnéale.

Quelques heures après l'accouchement grand frisson. T : 39,8.

1er octobre T. normale. *Écouvillonnage*, ramenant quelques débris de membranes. Injections et pansements intra-utérins, répétés les jours suivants.

2 octobre. T. : 38. Passage salle Mauriceau. *Traitement.*

4 octobre. T. : 40. P. : 100. Dyspnée. Frissons. Les jours suivants, température élevée. Symptômes de péritonite, (frictions sur l'abdomen, à l'alcool et à la térébenthine).

8. Aggravation de l'état général. *Mort* (autopsie non faite).

Observation II. III pare. — Avortement provoqué. 1er temps, fait en ville ; entrée à l'hôpital le 30 juin. *Traitement* (rétention placentaire, fragments putréfiés, d'une fétidité extrême). Drainage. T. : 38.

3 et 4 juillet, T. normale. Fétidité moindre des lochies. Drainage.

6 juillet. Frissons. T. : 39,6. La malade avoue avoir pris une poudre jaune, pour se faire avorter.

Les jours suivants, T. aux environs de 40 injections et pansements intra-utérins. Injections intra-veineuses de collargol, sérum, huile camphrée, bains ; malgré ce traitement, la malade a des frissons continus.

6 août, T. : 40,2. P. : incomptable. Foyer de pneumonie à droite.

8 août, *décès* (résultats de l'autopsie, inconnus).

Observation III. IV pare. — Entre le 1er août, avec le diagnostic d'avortement non encore fait, (dernières règles, 6 semaines avant); elle perd du sang, depuis 2 jours, visage cyanosé, lèvres décolorées, ventre douloureux, grandes lèvres tuméfiées et violacées. T. : 39. P. : incomptable. Au toucher, on sent l'utérus à deux travers de doigts au dessus de la symphyse, les culs de sacs sont libres, un *curettage*, pratiqué immédiatement, ramène des débris placentaires putréfiés, et très fétides ; *suite du traitement*. Pendant cette opération, la malade a une syncope.

Dans la soirée, pouls incomptable. Coma. *Mort* à 5 heures du soir.

A *l'autopsie* (3 août), la putréfaction avancée rend difficile l'examen des reins, du foie, de la rate, et du pancréas). Cœur normal, aux poumons : congestion des sommets, pas de granulie. Utérus de 12 c, vide de pus. Pas de traces de traumatisme local. Annexes saines. Il semble donc, qu'on soit en présence d'un cas de septicimie généralisée.

Observation IV. IV. pare. — (2 enfants morts de méningite, 1 d'entérite) avortement provoqué de 4 mois. Le 6 novembre à son arrivée, mauvais état général (teinte ictérique. Urines sanglantes et odorantes). Un *curettage* fait par M. Woimant, interne du service ramène de nombreux débris placentaires fétides ; après l'opération le pouls est petit rapide (sérum, cafeïne, huile camphrée).

Les jours suivants l'état général devient plus mauvais. Urines troubles. 1/2 litre au maximum par 24 heures (ventouses scarifiées sur la région lombaire.)

13 novembre. T : 36. pouls, 80. la malade ne peut plus s'alimenter.

14 novembre. T : 36 pouls, 80. délire. La malade passe en chirurgie pour son affection rénale. Elle y *meurt* le lendemain.

Observation V. V. pare. 31 ans. — Avortement de 3 mois 1/2 fait en ville, et accompagné d'une abondante hemorragie (15 décembre). A son entrée, 16 décembre, mauvais état général, (Obésité, teint jaune, albumine dans les urines). *Traitement* (débris placentaires et membraneux, d'odeur très fétide). T : 38.

17 décembre. T : 38,3. Infection intra-utérine, qui ramène beaucoup de pus.

19 décembre. T : 40. Malgré cette température, état utérin meilleur.

21 décembre. *Mort* rapide au milieu d'accidents urémiques. Autopsie non faite.

Observation VI. — L'observation ayant été perdue, les renseignements recueillis sont très incomplets. Malade, enceinte de 5 mois 1/2 à 6 mois, qui entre dans le service avec menaces d'avortement, peu de temps après son entrée développement brusque de phénomènes infectieux graves. L'avortement est provoqué (ballon dilatateur), un *traitement* rapide est appliqué. Malgré cela, l'infection se généralise rapidement et la malade succombe au bout de deux ou trois jours (20 février).

Résumé et conclusions de la statistique

I. *Sur 12 cas* d'infection prae partum (début de l'infection impossible à déterminer, traitement en général tardif).

Dans 3 cas. Amélioration immédiate et permanente après application du traitement (le lendemain ou le surlendemain).

Dans 4 cas. Chute complète et définitive de la température du 3e au 6e jour.

Dans 2 cas. Chute complète et définitive de la température du 6e au 10e jour.

Dans 3 cas. Chute complète et définitive de la température après le 10e jour.

Observation 6. Développement secondaire de

lymphangite du sein). (Observation 10. Tuberculose concomitante).

II. *Sur 13 cas* d'infection per partum (traitement appliqué peu de temps après le début de l'intection.

Dans 2 cas. Chute complète et définitive de la température, 2 jours après l'application du traitement.

Dans 6 cas. Chute complète et définitive de la température du 4e au 6e jour.

Dans 4 cas. Chute complète et définitive de la température du 6e au 10e jour.

Dans 1 cas. Chute complète et définitive de la température après le 10e jour.

(Observation 10. Lymphangite du sein).

III. *Sur 41 cas* d'infection post partum, chez des accouchées du service.

Dans 10 cas. Chute complète et définitive de la température 1 ou 2 jours après l'application du traitement.

Dans 19 cas. Chute complète et définitive de la température du 3e au 6e jour.

Dans 6 cas. Chute complète et définitive de la température du 6e au 10e jour.

(Observations 15, 29, 82. Retard dans l'application du traitement). (Observation 20. Etat grave de l'infection). (Observation 34. Malformation utérine ayant gêné l'application du traitement).

Dans 4 cas. La température persiste plus de 10

jours. (Observation 27. Tuberculose concomitante). (Observation 28. Annexite double). (Observations 33 et 38. Suppuration abondante de l'endomètre).

Dans 2 cas. Renseignements incomplets.

IV. *Sur 36 cas* d'infection post partum, chez des femmes accouchées en ville (traitement en général tardif.)

Dans 4 cas. Chute complète et définitive de la température en 1 ou 2 jours.

Dans 7 cas. Chute de la température en 3 à 6 jours.

Dans 8 cas. Chute de la température en 6 à 10 jours.

Dans 12 cas. Chute de la température après le 10e jour. (Observation 31. Tuberculose concomitante). (Observation 16. Congestion pulmonaire secondaire). (Observations 2 et 13. Développement secondaire de lymphangite et d'abcès du sein.)(Observation 26 et 32. Du phlegmatia). Dans les autres cas, température entretenue par une suppuration intra-utérine abondante.

Dans 5 cas. Observations incomplètes.

V. Sur 89 cas d'infection post abortum.

Dans 39 cas, où les deux temps, ou le temps unique de l'avortement, on été faites en ville (chances d'infection augmentées, traitement tardif), nous avons *9 cas* de longue persistance des phénomènes infectieux, pour *30*, à guérison rapide.

Dans 17 cas, où seul le 1er temps de l'avortement a été fait en ville, nous avons *6 cas* d'infection persistante, pour *11* de guérison rapide.

Dans 33 cas, où l'avortement, a eu lieu complètement, après l'entrée à l'hôpital, (possibilité d'application d'un traitement précoce), nous avons *3 cas* d'infection persistante, pour *24* de guérison rapide.

VI. *Sur les 6 décès*, *1 a eu lieu post partum* : Chez une femme infectée antérieurement (placenta fétide) affaiblie par un accouchement laborieux (face), une hémorragie abondante ; l'infection se généralise rapidement, paralysant toute action du traitement local intra-utérin.

5 ont eut lieu post abortum : à la suite d'avortements vraisemblablement tous provoqués, chez des femmes arrivant déjà profondément intoxiquées, ou affaiblies par une affection concomitante.

CONCLUSIONS

I. Normalement, pendant la grossesse, le col, le vagin, la vulve peuvent servir de réceptacle à des microbes de virulence variable, souvent atténuée, mais qui, au moment de l'accouchement, sous l'influence de conditions favorables à leur développement, recouvreront toute leur action nocive. L'étude de la streptococcie bien faite par les médecins, et ayant permis de mieux connaître ses manifestations sur les différents organes et sur l'organisme en général, nous a montré que le streptocoque, l'agent le plus fréquent de l'infection puerpérale, pouvait se présenter à nous sous des modalités très différentes, et que, sous l'influence des causes extrinsèques et intrinsèques très diverses, souvent impossibles à apprécier pour le clinicien, il pouvait acquérir subitement une exaltation considérable dans ses propriétés pathogènes au point d'annihiler souvent, l'action de tout traitement, même dès le début des premiers accidents. D'où la nécessité d'une therapeutique prophylactique systématiquement appliquée.

II. L'étude de l'anatomie pathologique nous a appris qu'on devait considérer l'endomètre

infecté comme une plaie septiqué, que les lésions sont au début limitées et nettement séparées du paremchyme utérin par une barrière leucocytaire continue, mais que l'action des microorganismes pathogènes, favorisée par la nature spéciale de cette plaie, ne tardera pas à s'étendre à l'organe tout entier et aux organes voisins si un traitement énergique n'est pas rapidement adopté.

III. Par l'étude clinique, nous avons vu que la séméiologie du début est en général très confuse, qu'en tout cas il n'y a que rarement rapport direct entre l'étendue des lésions et l'intensité des symptômes, que par conséquent l'opportunité d'une intervention doit être basée plutôt sur les premiers troubles,même légers, dans les courbes de tempèrature et de pouls, dans l'écoulement des lochies, dans l'état général que sur la certitude d'un diagnostic complet.Nous avons appris cependant que le diagnostic de la septicité des plaies vulvaires, vaginales et cervicales était possible dès l'apparition de la rougeur, de la tuméfaction, des escharres, des fausses membranes, ou d'une zone lymphangitique au pourtour des traumatismes obstétricaux, si l'on a soin de procéder à l'investigation minutieuse des organes par un examen gynécologique, attentif et précoce.

Nous savons enfin que l'examen bactériologique des sécrétions, des exsudats traumatiques et des liquides lochiaux, permet de déceler de bonne heure l'existence de colonies microbiennes pathogènes.

IV. Le traitement prophylactique pra partum, qui s'impose pour prévenir l'infection autogénétique trop souvent en cause, consistera en badigeonnages soigneux du col et du vagin, au moyen d'un antiseptique diffusible, pénétrant, et le moins caustique possible, après détersion complète des exsudats septiques qui obstruent la cavité du col.

V. Le principe du traitement curatif post partum, sera de débarasser l'endomètre des germes pathogènes, causes de l'infection, en empêchant par des pansements antiseptiques, toute nouvelle contamination de la cavité utérine rendue aseptique par le curettage et l'écouvillonnage.

Ce sera là, un mode de traitement rationnel, puisqu'il est basé sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de l'infection puerpérale, à condition toutefois d'être appliquée d'une façon précoce, l'étude de la nature et de l'évolution des lésions, nous ayant démontré que tout retard dans l'application de ce traitement énergique, risque d'en fausser les résultats ou même de le rendre dangereux.

VI. Cette méthode nous semble préférable, aux autres modes de traitement employés, aux injections intra-utérines en particulier, que si elles peuvent dans les cas bénins, amener à elles seules l'amélioration désirée, ont le grand inconvénient dans les cas graves, de retarder l'emploi, et par suite de compromettre l'action bienfaisante du seul traitement alors véritablement efficace.

VII. Pour appuyer ces conclusions, nous apportons une contribution personnelle sous forme d'une statistique pleine, d'une année entière poursuivie non sur des documents de provenances multiples, mais sur des observations recueillies, pour une bonne part, longtemps poursuivies par nous-mêmes, avec cette particularité que beaucoup des malades ont été examinées, opérées et traitées par nous, sous la direction de notre chef de service. La statistique, ainsi établie, nous autorise à fixer par des chiffres la valeur des résultats.

L'année 1908 nous donne, sur un total de 2.806 accouchements, dont 1.207 effectués dans le service, 1599 chez les sages-femmes agréées de la Maternité, **85** cas d'infection de gravité variable issus de cette double provenance : (maternité 66, sages-femmes agrées 19) auxquels il faut ajouter le chiffre des accou-

chées à domicile, transportées d'urgence dans le service des infectées : 17. Au total : 102 cas. Tous ces cas ont été traités de la même façon. Nous relevons sur la totalité **1** cas de mort, soit **1** sur **2.806** ou **0.035** 0/0 par rapport au chiffre des accouchées, soit 1/100 par rapport au chiffre des infectées.

Si nous envisageons maintenant les cas d'avortement, nous obtenons un chiffre de 417 avortements traités à la Maternité, dont 89 à l'isolement avec **5** morts, dont **4** attribuables aux manœuvres abortives pratiquées dans des conditions septiques certaines à l'ancienneté de l'infection, et, par conséquent, au traitement trop tardivement appliqué, à l'état souvent désespéré des malades à leur entrée. L'une meurt en effet quelques heures après son entrée ; une autre meurt après une infection prolongée, de forme grave au début, avec une remission post-opératoire, suivie d'une reprise des accidents ; cette femme avoua qu'elle avait absorbé des substances toxiques abortives. Une troisième (manœuvres abortives avouées) succombe au bout de 9 jours, en chirurgie, d'affection rénale ; une 4^{me}, très obèse, albuminurique, meurt trois jours après son entrée, d'accidents urémiques.

Notre sujet ne comportant, surtout, que l'étude et la discussion du traitement post partum,

nous aurions pu nous dispenser de mentionner les résultats post abortum, mais nous avons préféré être complets et dire tout ce que nous avons observé. Le pourcentage élevé des décès de cette dernière catégorie ne fait d'ailleurs que confirmer les principes même de la doctrine que nous avons soutenue relativement à la nécessité d'un traitement immédiat, qui n'a pu être appliqué dans ces cas.

Plus éloquent que tout raisonnement, l'ensemble de ces résultats, nous paraît de nature à étayer solidement les propositions exposées et défendues dans ce travail.

Vu : le Président de thèse,

RIBEMONT-DESSAIGNES.

Vu : le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BRUNEAU. — Thèse 1894.

BRUYANT (Sophie-Antoinette). — Thèse 1895.

BULLETINS ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ OBST. ET GYN. DE PARIS, 1886 et 1887.

BUDIN. — Annales de la Société d'obstétrique de France, 1902.

CARNUS. — Thèse 1905.

CAUBET. — Archives de tocologie, 1890.

CHARRIER. — Archives générales de médecine, août 1891.

CHARTIER. — Thèse 1889.

CLÉMENT. — Thèse 1907.

COMPTE RENDU DU CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉD. SECTION D'OBST. ET DE GYN. — Genève, Rome, Paris.

DE BURNAN. — Revue médicale de la Suisse Romande, octobre 1903.

DEMELIN et JEANNIN. — Communic. à la Soc. obst. de France, 20 juin 1901.

DENIS. — Thèse 1894.

DOLÉRIS. — Thèse 1880. Introduction à la pratique gynécologigue, tome I (1896). Statistique et conférences d'obstétrique, 1898. Métrites et fausses métrites, 1902. Communication au Congrès international de médecine, Madrid 1904. Communication à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, mars, avril, mai et décembre 1905.

DUBRISAY et JEANNIN. — Précis d'acccouchement (1905).

GEORGHIU. — Thèse 1900.

GYNÉCOLOGIE (la). — Années 1896 à 1909.

HAMOU. — Thèse 1907.

HERBINET et FAIX. — Journal de médecine de Paris, 1907.

JEANNIN. — Thèse 1902.

LABADIE-LAGRAVE et GOUGET. — Annales gynécologiques, 1891.

MARMASSÉ. — Thèse 1895.

MARMOREK. — Société de biologie, 23 février 1905.

MASSICOT. — Thèse 1908.

MASURE. — Thèse 1908.

MISRACHI. — Archives de tocologie, 1888. Traitement de l'avortement, 1903.

NOUVELLES ARCHIVES D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE, 1885 à 1895.

NATANSON-RAPPORT (Mme). — Thèse 1908.

OBSTÉTRIQUE (l'), 1896 à 1909.

PATRU. — Revue médicale de la Suisse Romande, 1896.

PINARD et WALLICH. — Du traitement de l'infection puerpuérale, 1896.

PLOONIES. — Centralblätter für gyn., 1884.

POZZI. — Traité de gynécologie, 1907.

PRYER. — Am. gyn. and obs. journ., janvier 1896.

RAPIN. — Revue médicale de la Suisse Romande, oct. et déc. 1895.

RASIS. — Thèse 1906.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique, 1904.

RIOU. — Thèse 1902.

ROGER. — Maladies infectieuses.

SEMAINE MÉDICALE, 30 août 1899.

TARNIER, CHANTREUIL et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements, t. IV, 1901.

TARNIER. — De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique, 1895.

TURENNE (Aug.). — Annales de gynécolie et d'obstétrique, 1907.

VAN-TRUSSENBRŒCK (Mme). — Centralblatt für gyn., 1906.

WIDAL. — Thèse 1889. Article streptococcie-traité de médecine et thérapeutique de Brouardel et Gilbert. Fascicule X, 1906.

Imprimerie spéciale de la Librairie

H. CHACORNAC & M. DOUTAUT

9, rue de l'Éperon, PARIS